MIHAI ȘELARU

NEVROZA FOBICĂ

EDITURA DOSOFTEI
IAȘI

MIHAI ŞELARU
Profesor de Phihiatrie la Universitatea de Medicină şi Farmacie „Gr. T. Popa"
Iaşi

NEVROZA FOBICĂ

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2820
Biblioteca Personală

EDITURA DOSOFTEI
IAŞI
- 1997 -
-?-

COLABORATORI

Dr. DORINA DONCIU
Dr. S. LĂZĂREANU

De acelaşi autor:

1. Şelaru, M. - *Comportamentul sexual aberant*, 366 p., Edit. Moldova, Iaşi, 1993.
2. Şelaru, M. - *Halucinaţiile*, 435 p., Edit. Glasul Bucovinei, 1993.
3. Şelaru, M. - *Idei delirante şi deliruri*, 325 p., Edit. Glasul Bucovinei, 1993.
4. Şelaru, M. - *Isteria sau Nevroza de conversiune şi nevroza disociativă*, 375 p., Edit. Glasul Bucovinei, 1993.
5. Şelaru, M. - *Drama discordantei psihice*, 262 p., Edit. Moldova, Iaşi, 1993.
6. Şelaru, M. - *Crizele epileptice*, 422 p., Edit. Dosoftei, Iaşi, 1994.
7. Şelaru, M. - *Hipnoza, vol.I, 251 p., Istoric, concepţii*, Edit. Moldova, Iaşi, 1996.
8. Şelaru, M. - *Hipnoza, vol.II, 348 p., Metode şi tehnici*, Edit. Moldova, Iaşi, 1996.
9. Şelaru, M. - *Polivalenţa condiţiei umane - Temperamentele*, 258 p., Edit. Dosoftei, 1996.
10. Şelaru, M., Donciu Dorina, Boişteanu P. - *Studii de Psihiatrie, Schizofrenia, vol.I, 160 p.*, Edit. Dosoftei, Iaşi, 1996.
11. Şelaru, M., Boişteanu P., Donciu Dorina - *Studii de Psihiatrie, Schizofrenia, vol.II, 228 p.*, Edit. Dosoftei, Iaşi, 1996.
12. Şelaru, M., Donciu Dorina - *Personalităţi patologice* - vol.I, 280 p., Edit. Dosoftei, Iaşi, 1997.
13. Şelaru, M., Donciu Dorina - *Personalităţi patologice* - vol.II, 208 p., Edit. Dosoftei, Iaşi, 1997.
14. Şelaru, M., Burlui V. - *Psihopatologie şi literatură - Paradoxurile normalităţii psihice (I)* - 80 p., Edit. Apollonia, Iaşi, 1997.
15. Şelaru, M. - *Nevroza obsesiv-compulsivă*, 200 p., Edit. Dosoftei, 1997.

Sub redacţia:

16. Şelaru, M., Brânzei, P. - *Asistenţa bio-psiho-socială a copiilor şi adolescenţilor cu tulburări neuropsihice*, 620 p., Iaşi, 1982.
17. Brânzei, P., Şelaru, M. - *Asistenţa medio-psiho-pedagocică a copilului şi adolescentului*, 600 p., Iaşi.
18. Şelaru, M., Boişteanu, P., Chiriţă, V. - *In memoriam P. Brânzei*, 272 p., Edit. Psihomnia, Iaşi, 1996.

Note despre conceptul de nevroză fobică

Nevroza fobică este o afecţiune psihică în interferenţă cu normalitatea, determinată în principal, de acţiunea negativă a unor factori psihotraumatizanţi care declanşează apariţia unui grup de simptome cu nuclearitate egofobă, dominant fiind sindromul fricii fără semnificaţie de periculozitate vitală fobia. Noţiunea de fobie ca şi cea de obsesie şi respectiv nevroza fobică şi la fel nevroza obsesivă îşi au un îndelungat şi controversat istoric, pe care vom încerca să-l desprindem doar în unele dintre aspectele sale esenţiale.

- *Obsesia* - fenomen parazitar intelectiv derivat din importanţa exagerată, dominantă pe care o ia o idee ce aparţine eului, acompaniată de anxietate şi de scrupulozitate de grade diferite ca intensitate şi coloratură afectivă.

- *Fobia* - ca simptom - poate fi definită ca o frică intensă legată de ameninţarea subiectiv identificată într-un obiect, eveniment, fiinţă sau situaţie concretă care prin ele însele nu au nimic periculos pentru subiect şi care este însoţită de angoasă, inclusiv anticipativă şi tulburări intense viscero-vegetative şi comportament de evitare, bolnavul recunoscând caracterul absurd al acestei frici, dar fiind incapabil a se sustrage voluntar acesteia.

Istoria conceptului de nevroză evoluează paralel şi contextual cu cel al curentelor şi şcolilor psihiatrice din secolul trecut până în prezent.

Două mari curente conceptuale servesc drept suport teoriilor moderne asupra nevrozelor:

a) *curentul organicist* - care încearcă să precizeze originea predominant biogenală a nevrozelor atestată la studiile genetice, neurofiziologice, clinice etc.;

b) *curentul psihogenetic* - care porneşte de la teoria intelectualistă, apoi funcţională afectivă a nevrozelor.

Stekel şi Petrilowitsch însă, susţin că nevroza fobică şi la fel cea obsesională sunt determinate inclusiv de factori supracaracteriali şi supraindividuali, fiind, în consecinţă, *condiţionată de spiritul epocii*, ceea ce în parte numai este adevărat. Sintetic noi afirmăm etiologia bio-psiho-socială a nevrozelor.

Astfel, în evul mediu, obsesivul, psihastenul, favorizat de spiritul epocii, nu ar fi realizat chiar aşa de uşor decompensări obsesionale sau fobice.

Începând cu Renaşterea, anancastul (personalitatea obsesională) nu mai are posibilităţi propice de manifestare, încât va face tot mai dese decompensări cu fenomene obsesionale.

Studii asupra obsesiilor şi încercări de încadrare nosologică au fost făcute încă din timpul Renaşterii, începând cu Johann Weyer, Ambroise Paré, Felix Plator ş.a.

În 1772, Cullen crează termenul de nevroză, care nu avea semnificaţia atribuită astăzi, dar a trebuit să treacă mai bine de o sută de ani, pentru ca fobia şi obsesia să fie legate de nevroză. În acest interval de timp obsesia îndeosebi, era cunoscută sub denumirea de *monomanie*, termen creat de Esquirol în 1835 şi apropiată de sau chiar confundată cu *delirul parţial*.

În secolul al XVIII-lea, Pinel a încercat să lege nevrozele de o suferinţă a sistemului nervos central, fără febră sau leziuni aparente, incluzând obsesiile şi fobiile în cadrul monomaniilor sub denumirea de *„manie sans délire"*. El diferenţiază isteria - boală nealienantă - de obsesii şi fobii, sau alienarea în sector. Această teorie, corespunzând datelor nosologice ale epocii, va fi reluată de Esquirol, Trelat, Baillarger etc. Trelat situează obsesiile în cadrul *„folie lucide"* în timp ce Baillarger le plasează în *„monomaniile cu conştiinţă"*.

Esquirol (*Des maladies mentales*, II, pp 63-70, 1838) prezintă o remarcabilă observaţie asupra pacientei F. suferind de obsesie pe care o include în delirul parţial din cadrul *„monomanies raisonnantes ou sans délire"*. Morel descrie obsesiile sub numele de *„delir emotiv"* şi le consideră ca o *„nevroză a sistemului nervos ganglionar visceral"*.

În tot cursul anului 1866 la Societatea medico-psihologică din Paris au avut loc dezbateri privind *„la folie raisonnante"* în acelaşi an utilizându-se termenul de *obsesie* pentru prima dată în literatura psihiatrică franceză. Termenul de obsesie desemna în teologia catolică *„forma lucidă a posesiunii demoniace"*. Paternitatea termenului de obsesie în literatura franceză este atribuită atât lui Morel cât şi lui Falret.

Jules Falret, în şedinţa din 8 ianuarie 1866 a Societăţii medico-psihologice din Paris referindu-se la „nebunia care gândeşte" (*folie raisonnante*), menţiona printre altele cu referire la „frica contactului cu obiectele exterioare": „Fondul veritabil al acestei boli constă mai ales într-o dispoziţie generală a inteligenţei de a reveni fără încetare asupra aceloraşi idei sau asupra aceloraşi acte, a simţi nevoia continuă de a repeta aceleaşi cuvinte sau de a împlini aceleaşi

acţiuni, fără ca niciodată să reuşească a se satisface sau a se convinge, chiar prin evidenţă. Aceşti bolnavi sunt într-o stare de ezitare interioară continuă, şi ei nu pot ajunge a se opri din acest travaliu neîncetat al gândirii lor, exersându-se continuu asupra ei înşăşi, fără ca niciodată să ajungă la nici un rezultat definitiv. Deasemenea tatăl meu a propus pe bună dreptate de a da acestei stări mintale numele de *boală a îndoielii* (*maladie du doute*), pentru a rezuma, sub forma sa cea mai generală, faptul psihologic principal care i-a servit ca bază".

Deci Jean-Pierre Falret a introdus termenul de *„boală a îndoielii"* aşa cum reiese din relatarea fiului său, Jules Falret. Prin urmare Falret se îndepărtează de teoria afectivă a lui Morel, adoptând teoria intelectualistă a obsesiilor care acordă loc primar în obsesii elementului intelectual considerând elementul emoţional ca secundar (J. Séglas).

În 1868, Griesinger, adoptând teoria intelectualistă a obsesiilor, vorbeşte de o *reprezentare obsesivă dubitativă* în studiul său intitulat *„Despre o stare psihopatică puţin cunoscută"* şi în care comunică un număr de trei cazuri de nevroze obsesive în sensul a ceea ce francezii desemnau atunci sub numele de *„maladie du doute"* sau *„folie du doute"* adică, de lipsă a încrederii şi siguranţei în sine însuşi, aşa cum s-a văzut mai sus.

Krafft-Ebing în 1867 întrebuinţează termenul de *reprezentare obsesivă* (Zwengsvorstellungen) referindu-se la *constrângere* (Zwang) şi la *dispoziţia depresivă* a conţinuturilor ideative (Zwangsaffekte) toate considerate secundare componentelor emoţionale.

Wernicke are meritul de a face diferenţierea între *reprezentările obsesive*, care sunt fenomene parazitare şi *ideile prevalente*, care sunt fenomene autohtone, autopsihice sau endopsihice.

C. Westphal (1872) (al cărui articol despre agorafobie se află în textul lucrării noastre) acordând rol preponderent elementului reprezentare ca şi Griesinger, descrie magistral agorafobia, comunicând un număr de trei cazuri, care până la el fuseseră făcute cunoscute de către Benedict sub denumirea de *„Platzschwindel" (vertij de piaţă)*, fenomene vertiginoase şi care erau puse în relaţie cu tulburările din musculatura oculară. Dar, aşa cum subliniază K. Schneider în obsesii vorbim de un conţinut de conştiinţă de tip interior la care, desigur, participă inclusiv fenomenele aferenţiale de tip intero-, extero- şi proprioceptiv care se însoţesc totodată de

componentele viscero-vasculo-vegetativ-umorale. Considerăm pe de altă parte că nu s-a exagerat totuşi rolul elementului reprezentare în cadrul obsesiilor şi deasemenea nu s-a vorbit fără temei despre tulburările de echilibru în fobii, aşa cum vom vedea în cazul agorafobiei.

De remarcat că în literatura germană numai Ziehen întrebuinţează termenul de obsesie. Krafft-Ebing (1867) utilizează termenul de *„Zwengsvorstellungen"* prin care înţelegea constrângerea (Zwang) şi dispoziţia depresivă, afectele compulsionale (Zwangsaffekte) care conferă colaratură particulară gândirii obsesive ca şi actelor compulsive „Zwengshandlungen" de unde apoi şi termenul de Zwangsnevrose.

Legrand du Saulle descrie în 1875 *„la folie de doute (avec délire du toucher)"* caracterizată prin „interogarea mintală produsă de indoiala şi frica de contact cu obiectele exterioare" considerând că îndoiala şi frica de contactul cu obiectele sunt insuportabile şi constituie „cele două particularităţi patologice fundamentale ale nevrozei". Remarcăm că folosirea termenului nevroză în acea perioadă avea înţelesul de boală de nervi, în secolul XIX nefiind precizată deosebirea dintre nevroze şi psihoze. Însăşi epilepsia era considerată atunci ca o nevroză. Totuşi Legrand du Saulle deosebea nevroza de delir. Aceasta reiese şi din aceea că marele psihiatru întâmpinând în 1870 dificultăţi la internarea bolnvilor de epilepsie, dar abuzând în scopuri caritabile de acest diagnostic autorul spunea: „Pentru a le fi de folos, eu trebuia să arunc pe umerii lor mantaua delirului". Însăşi despre bolnavii obsesivi pe care-i descrie, în articolul mai sus citat, menţionează următoarele: „aceşti bolnavi stranii şi nefericiţi au cea mai absolută conştiinţă a stării lor..." specificând la aceşti „obsedaţi" *„absenţa iluziilor şi halucinaţiilor simţurilor..."* Legrand du Saulle în articolul său uzează de discuţiile de la Societatea medico-psihologică din Paris din anul 1866 ca şi de bunăvoinţa intervenţiei prietenului său, Jules Falret, din 8 ianuarie 1866.

Legrand du Saulle preciza că, de exemplu, „folie du doute" era atribuită când ipohondriei când isteriei.

La sfârşitul secolului trecut şi începutul secolului nostru, psihiatrii au adus în discuţie problema nevrozei obsesivo-fobice şi după ce Beard a descris „neurastenia" constituţională s-a făcut relaţia cu obsesiile.

Raymond şi Arnaud în 1892, apoi Seglas în 1895, abordează studiul obsesiilor constituţionale, încadrându-le ca şi

Morel în „delirul emotiv" pentru ca Magnan să includă apoi fobiile, obsesiile, impulsiunile în stigmatele psihice ale degenerescenţei.

Studiind pe o perioadă de peste nouă ani (1892-1903) un număr de 325 observaţii de psihastenie, P. Janet delimitează această nouă entitate clinică în care se disting „... obsesiile, impulsiile, maniile mintale, fobiile, delirurile de contact, angoasele, neurasteniile, sentimentele bizare de stranietete şi de depersonalizare, adesea descrise sub numele de nevropatie cerebro-cardiacă sau boala lui Krishaber...; aceste maladii - scria P. Janet - au fost desemnate sub nume foarte diferite: ele sunt uneori reunite sub numele de „deliranţi degeneraţi", „neurastenici", „frenastenici"; eu însumi le-am denumit deja sub numele de „scrupuloşi", pentru că scrupulul constituie caracterul esenţial al gândirii lor, sau sub numele mai precis de „psihastenici" care îmi pare a rezuma destul de bine *slăbirea funcţiilor lor psihologice*".

Cercetările privind etiologia biogenă a bolilor mintale se dezvoltă paralel cu cea psihogenetică privind implicarea concomitentă a unei disfuncţii psihologice, aşa cum era subliniată în mod expres de P. Janet, care stabilise şi o ierarhie a funcţiilor intelectuale, în care includea viaţa emoţională, funcţia reprezentativă a imaginilor şi - în vârful acestei piramide - funcţia realului pe baza căreia se realizează adaptarea la situaţiile noi şi complexe în virtutea intervenţiei sentimentului realului şi prezentului şi a operaţiunilor voinţei. O scădere de nivel a tensiunii psihologice are drept consecinţă, în concepţia lui P. Janet, scăderea funcţiilor superioare cu o utilizare inadecvată a funcţiilor superioare, intelectuale şi afective, ceea ce antrenează oboseală psihică generală şi dificultăţile de concentrare prosexică, în timp ce eliberarea comportamentelor psihice inferioare, elementare, va ocaziona eflorescenţa ideilor obsedante particulare psihasteniculuí.

Autori ca Deny, Charpentier şi alţii au apropiat manifestările obsesive de „psihoza maniaco-depresivă" a lui E. Kraepelin, în timp ce alţi autori au apropiat-o de „schizofrenia" lui E. Bleuler.

Pitres şi Regis consideră obsesiile ca fiind efectul unui fenomen secundar determinat de dezechilibrul emoţional.

S. Freud izolează nevroza obsesiilor (Zwangsneurose) care dimpreună cu isteria formau primul grup de nevroze, al doilea grup fiind constituit din neurastenie şi nevroza de angoasă (Angstneuroase). În cursul anului 1894, S. Freud se preocupă de teoria psihologică a isteriei, de fobii şi obsesii pe care le defineşte ca

nevroze de apărare. În 1895 abordează şi studiul mecanismelor psihice şi a etiologiei obsesiilor şi fobiilor iar în cursul anului 1896 se preocupă de ereditatea şi etiologia nevrozelor şi a psihonevrozele de apărare.

După S. Freud obsesia ca şi fobia apar ca rezultat a unui conflict intrapsihic între reprezentări şi ataşează deasemenea ca mecanism refularea. Freud realizează o modalitate suis generis de îmbinare a teoriei intelectuale şi afective privind obsesiile. Astfel în obsesii *reprezentarea ireconciliabilă* rămâne slăbită, izolată şi separată de afect, acesta din urmă ataşându-se unei alte reprezentări. În felul acesta reprezentarea ireconciliabilă (bineînţeles de ordin sexual) este înlocuită printr-un substitut obsesional sau fobic în timp ce afectul deplasat pe o altă reprezentare rămâne pe avantscenă, ca un actor permanent exprimându-se ca indoială, anxietate, furie, remuşcare etc.

„În fobii - scrie S. Freud (1895) - *angoasa nu este derivată dintr-o amintire oarecare, fiind de origine sexuală. Bolnavul se teme de apogeul unui asemenea atac de angoasă în condiţii speciale, de care el nu crede că va putea scăpa*" (subl. ns - M. Ş.). Cu alte cuvinte în fobii ca şi în obsesii angoasa (anxietatea) este componenta afectivă indisociabilă de conştientizarea fricii şi respectiv de semnificarea sa negativă. În opinia lui Freud angoasa este o deviere a aplicării libidoului. În ce priveşte conţinutul fobiei Freud aminteşte că aceasta reprezintă doar, ca în vis, faţada vizibilă a visului, faţă de visul obişnuit. La baza fobiei, Freud situiază refularea cu deformarea reprezentării refulării, sau că are loc deplasarea acestui conflict refulat asupra unui alt obiect, libidoul transformându-se astfel în angoasă.

Ulterior S. Freud întreprinde analiza *Micului Hans* în vârstă de 5 ani care prezenta fobie faţă de animale, refuzând să iasă în stradă temându-se de cai, şi mai ales că un cal îl va muşca. Copilul în opinia lui Freud era în plină situaţie oedipiană: gelos pe tatăl său, îl urăşte, fiindu-i totuşi ataşat. Obiectul iniţial al angoasei este aici înlocuit cu un alt obiect, iar originea iniţială a angoasei este refulată. Dorinţa *Micului Hans* de moarte a tatălui său şi teama de pedeapsă în raport cu această dorinţă, erau inacceptabile conştient şi ca atare refulate, motiv pentru care Hans dezvoltă un ataşament tardiv faţă de tatăl său. Din această contradicţie dorinţa de moarte pentru tatăl său şi angoasa de a fi pedepsit, apare fobia ce constă în teama că un cal îl va muşca. Deplasarea angoasei asupra calului are ca efect intrapsihic

inconştient avantajul că poate continua să-şi iubească tatăl, iar angoasa este legată, focalizată, localizată pe un obiect uşor de evitat.

Hans observând caii a remarcat că aceştia au un penis mare şi a conchis că atât tatăl cât şi mama sa au câte un penis mare, ceea ce îl va linişti atunci când propriul penis va creşte. Ulterior, când copilul era mai mare, refularea s-a extins inclusiv asupra observaţiilor în legătură cu penisul mare al animalelor şi de aici liniştirea fricii de castrare. S. Freud în lucrarea *Inhibiţie, simptom şi angoasă* arată că nu numai refularea creiază angoasă, dacă angoasa este semnul Eului în pericol, ea este însăşi refularea. Angoasa în fobii este angoasa Eului faţă de castrare. *„Majoritatea fobiilor, după câte putem să ne dăm noi seama în prezent, se reduc la asemenea angoase ale eului în faţa solicitărilor libidoului"* (subl. ns - M. Ş.) - scrie S. Freud.

K. Schneider (1925) subliniază că obsesiile, şi în opinia noastră inclusiv fobiile, implică nivelele psihice diferite superioare pentru obsesie respectiv conştiinţa (gândire, sentimente, acţiuni, impulsiuni) care se însoţesc de experienţa internă a compulsiunii pe care subiectul n-o poate înlătura după îndelungate şi îndârjite eforturi reflexive, şi predominant biopsihice în fobii dar pe care le judecă în ambele cazuri a fi nu numai inutile, stranii şi patologice în acelşi timp, adoptând comportament de luptă în obsesii şi de evitare în fobii.

A. J. Lewis (1936) abordând studiul obsesiilor şi fobiilor subliniază că recunoaşterea de către pacient a caracterului patologic nu este suficient, şi că importantă este trebuinţa şi obligaţia de a rezista obsesiilor ca şi fobiilor prin simptomelor de apărare - ritualurilor şi compulsiilor, comportamentelor de evitare.

H. Ey reia ideea deficitului organizării dinamice a funcţiilor intelectuale în boli mintale, deficit determinat esenţial - după opinia sa - de îngustarea câmpului conştiinţei care antrenează consecutiv o incapacitate de modulare adaptivă în faţa situaţiilor complexe, deoarece, apare pe prim plan o simptomatologie arhaică constituită din obsesii şi fobii, în cazul psihasteniei, sau de manifestări motorii în isterie. Deficitul funcţional noogenetic este legat de o perturbare biogenă similară în manifestările sale cu perturbările induse de drogurile halucinogene, de tulburările circulatorii sau de disfuncţiile hipotalamice, ceea ce determină ca toate aceste ipoteze să se reducă, în ultimă analiză, la cercetarea unei etiologii organice.

H. Ey defineşte obsesia ca o stare de conştiinţă penibilă şi incoercibilă subiectul luptând anxios împotriva inoportunităţii acestei

stări, de irupere insolită a unor conţinuturi mintale recunoscute ca proprii şi de care este conştient. În *„Traité des hallucinations"* H. Ey subliniază „caraterul incoercibil, parazit, inoportun a tuturor fenomenelor obsesionale predispuse deci ... a fi trăite ca percepţii, imagini care se impun ca o constrângere pe care o exercită asupra subiectului, obiectul obsesiei".

W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth (1955) în manualul de psihiatrie clinică accentuiază că elementul obsesiv sau compulsional constă în manifestarea sa predominantă sub formă de: idee, imagine, afect, pulsiune - determinând un comportament caracterizat prin senzaţia subiectivă de compulsiune care întâmpină o rezistenţă internă. Tocmai rezistenţa internă împotriva elementului obsesional - compulsiv constituie trăsătura fundamentală, esenţială care permite distincţia dintre fenomenele obsesive reale şi alte manifestări comparabile acestora.

S. Rachman şi R. Hodgson (1980) referindu-se la conţinutul noţiunii de obsesie considerau că aceasta este o idee invadatoare, o imagine sau un afect, repetitiv, inacceptabil care invadează conştiinţa, determinând rezistenţa subiectivă şi care ajunge la o zbuciumare psihologică greu de controlat, de stăpânit, de luptat împotriva ei şi de învins. Conţinutul obsesiilor este neplăcut, anxiogen, şi determină îndoiala - fenomen subliniat încă de Legrande du Saulle. În acelaşi timp obsesia nu este dorită, are atribute interne, este incontrolabilă.

Noi considerăm că obsesia veritabilă pe lângă caracterele de mai sus are ca particularitate de acompaniament anxietatea, îndoiala, lupta împotriva intruziunii sale invadatoare în câmpul conştiinţei, caracterul conştient al originii sale intrapsihice, recunoaşterea trăsăturilor sale stranii, străine persoanei şi respectiv aspectul său patologic în prezenţa discernământului asupra propriei persoane ca şi asupra interrelaţiilor sociale.

Se poate remarca, de asemenea, poziţia psihiatrilor germani şi în particular a lui E. Bleuler care descrie „nevroza compulsivă". Pentru toţi aceşti autori există o stare „unică" morbidă cu tulburări de emotivitate şi de voinţă (G. Ballet) şi cu expresii multiple fobice sau obsesionale. În acest sens, Pitres afirma că *„o fobie poate deveni obsedantă intelectualizându-se"*. P. Janet separă, clasificând: *agitaţiile mintale închise (obsesii), emotive (angoasă)* şi *sistematizate (fobii)*.

O atenţie deosebită s-a acordat contribuţiei terenului în patogeneza nevrozei obsesionale şi fobice - în esenţă atenţia fiind

orientată spre aspectele fragilităţii sau vulnerabilităţii reactivităţii sistemului nervos central, considerate a avea caracter constituţional.

Apare astfel conceptul german de *„personalitate anancastă"*, sau *„caracterul sadico-anal"* descris de Freud.

După numeroase observaţii clinice s-a evidenţiat (Lapite, Rosenberg, Ingram etc.) importanţa factorilor negativi psihogeni, ca şi a anumitor perioade cu reactivitate fragilă bio-psihologică (pubertate, climacteriu, sarcină) ca factori favorizanţi în declanşarea nevrozei obsesivo-fobice.

O problemă controversată se raportează la unitatea nosologică a nevrozei obsesivo-fobice. Freud a diferenţiat trei forme de nevroze: nevroza anxioasă, nevroza fobică şi nevroza obsesional-compulsivă, clasificare susţinută de H. Ey, L. Michaux, Bing etc., dar combătută de alţii. Freud are meritul de a fi separat din punct de vedere clinic, plecând însă de la psihogeneză, nevroza obsesională de nevroza de angoasă şi de nevroza fobică.

I. P. Pavlov semnala că modificările psihopatologice din nevroze ţin de dinamica proceselor de excitaţie şi inhibiţie, de tipul de sistem nervos (tare sau slab, echilibrat sau neechilibrat etc.), de echilibrul proceselor de excitaţie şi inhibiţie, de intensitatea excitanţilor aplicaţi şi, în fine, de teren, de starea anterioară a activităţii nervoase superioare. „Toată activitatea nervoasă normală ... toată activitatea psihică, atât la animale cât şi la om, se bazează desigur pe evoluţia normală a acestor procese, cu toate însuşirile lor". I. P. Pavlov adăuga, de asemenea, că: „... este cunoscut faptul că, dacă avem de a face cu o celulă perfect normală şi utilizăm în calitate de excitanţi condiţionaţi agenţi exteriori de o forţă fizică variabilă, efectul condiţionat obţinut cu aceşti excitanţi este mai mult sau mai puţin paralel cu forţa lor fizică".

„Dacă vom supraîncorda acum această celulă şi ea va deveni bolnavă, va interveni un alt raport între această celulă şi excitant. Se poate ca excitanţii condiţionali pozitivi, de o forţă varialbilă, să dea un efect egal, în care caz vom spune că suntem în prezenţa unei *faze de egalizare* în activitatea celulei. Dacă slăbirea celulei, adică scăderea pragului capacităţii sale de muncă a mers mai departe, apare o stare în care excitanţii puternici au un efect mai mic decât cei slabi; este ceea ce se numeşte *fază paradoxală*. În fine, o tulburare şi mai mare în activitatea celulei se manifestă prin faptul că celula nu mai răspunde acum de loc la excitanţii pozitivi, iar excitantul inhibitor capătă o acţiune pozitivă; această fază în starea celulei, noi o numim *ultraparadoxală*." Are loc deci în nevroze un

fenomen neuro-psihofiziologic de parabiotizare a structurilor morfo-funcţionale cerebrale.

„În afară de această scădere a pragului capacităţii funcţionale, adică de scădere a procesului excitator din celulă, se mai pot observa alte modificări ale procesului excitator. Una din cele mai evidente şi deosebit de interesante, putând fi aplicată în neurologie şi psihiatrie, este starea de inerţie a procesului excitator, adică o stare în care procesul excitator devine mai tenace, mai rebel şi cedează mai greu locul său influenţelor inhibitorii care apar regulat între timp." Avem aici experimentat clar fenomenul de dominantă neuropsihofiziologică care apare în nevroze şi nu numai.

În nevroza obsesivo-fobică şi îndeosebi în obsesii, I. P. Pavlov consideră că are loc un proces de *„inerţie patologică a procesului excitator"* produs de inerţia patologică ce se manifestă în „acele teritorii corticale care sunt legate de sentimentele şi reprezentările între care se dă lupta"

Astfel, în patogenia nevrozei obsesionale şi a nevrozei fobice, există tendinţa cvasigenerală de a le separa din punct de vedere teoretic, psihopatologic dar şi din punct de vedere clinic - etiologic şi etiopatogenetic.

Etiopatogenia fobiilor

După delimitarea conceptului de nevroză obsesivo-fobică şi respectiv a precizării noţiunii de psihastenie de către P. Janet, s-au pus numeroase probleme referitoare la importanţa etiologică a factorilor predominanţi endogeni sau exogeni sau endoexogeni, inclusiv a celor psihotraumatizanţi, şi deci a terenului şi respectiv a vulnerabilităţii particulare a personalităţii bolnavului exprimată prin particularităţile sale de reactivitate biologică, psihologică şi socială.

În acest sens, s-au evidenţiat în decursul ultimului secol tipuri de personalitate sau constituţii: psihastenică, ideo-obsesivă, obsesivo-fobică, anancastă, obsesiv-compulsivă etc. Majoritatea autorilor apreciază că persoana fobicului ar fi tipul *„instabil emotiv"*, cu vitalitate redusă şi angoasă difuză, apropiată de personalitatea astenică sau de cea depresivă, dat fiind că fobia se desfăşoară între algie şi angoasă, frică şi durere, cu mare hiperestezie şi vulnerabilitate psihosenzorială şi ideo-afectivă, totul petrecându-se

simultan în profunzimile somatice cu instabilităţi vegetative, predominant vago- sau simpaticotonice, în spaţiul tuturor rezonanţelor afective ale corpului zdruncinat în raporturile sale intime psiho-fiziologice, până la structurile moleculare ce se exprimă emergentiv prin distorsionarea excepţională dar paradoxală a sensibilităţii afective la orice stimul exterior. Intensitatea vulnerabilităţii de substrat precumpăneşte dominant cu dinamică descendentă inconştientă personalitatea în dauna randamentului conştient aparent optimal, proiectat în jocul polar dintre supunere şi dominare, în care se impun dominantele descendente fazice,oscilante ale fobiei. Fobicul este, cât poate, un ascultător anxios când nu se află în faţa obiectului sau situaţiei fobogene, un ponderat ruminativ cu permanentă nevoie de sprijin din partea anturajului, de identificare simbolică cu o persoană, ca suport tonifiant împotriva anxietăţii. Bolnavul simte nevoia unei înrădăcinări într-un real securizant, în locul unei flatări funciare, nu se lansează în acte perpetue sau în multiplicitatea relaţiilor sociale, ci dimpotrivă doreşte o relaţie nu neapărat unică, dar sigur stabilă, centrată pe sine şi securizantă împotriva anxietăţii şi angoasei şi în care hazardul circumstanţelor să deţină pe cât posibil un loc cât mai puţin privilegiat în spaţiul intrapsihic ca şi în cel extrapsihic.

Acestea toate pot fi uneori doar un stil temperamental-caracterial, fără manifestări clinice nevrotice; sau poate trăi circumstanţial impasuri nevrotice, cu simptome predominant fobice; sau dimpotrivă, suferinţa psihopatologică egofobă la o persoană fobică poate atinge forme complexe, grave şi complicate, care îşi pot însuşi manifest şi indisociabil aspectul sindromului obsesivo-fobic, uneori malign, ce caracterizează simptoma-tologia unor psihoze predominant endogene sau exogene.

Terenul vulnerabil care predispune la apariţia simptomatologiei obsesivo-fobice poate fi modificat iniţial de starea de reactivitate fragilă a substratului cerebral, prin stări ulterioare de debilitate fizică, surmenaj fizic şi psihic, anemie, sechele după traumatisme craniene, suferinţe de post-partum ca şi de alte afecţiuni viscero-umorale de natură endo-exogenă, care toate perturbă primar sau secundar substratul morfo-funcţional dinamic cerebral. Se apreciază că o treime dintre rudele apropiate ale fobicului au avut şi ele diverse fobii, nevroze sau depresii.

Experimental s-au evidenţiat trei categorii de factori semnificativi, care ar putea explica tendinţa la formarea obsesiilor şi fobiilor precum şi persistenţa lor (apud V. Predescu):

a) *factorul perseverativ* conferit îndeosebi prin inerţia proceselor psihofiziologice ale substratului morfofuncţional dinamic cerebral;

b) *hipermnezia stagnantă* şi *incapacitatea dubitativă* de a încheia acţiunile iniţiale, dificultatea de a uita şi de a se desprinde prin detaşare de evenimentele fără valoare semnificativă ale trecutului (*scăderea tonusului psihologic*);

c) *modificările de afectivitate* şi de reactivitate neuro-vegetativă şi endocrino-umorală generate de terenul constituţional fragil şi anxios, cu instabilitate psiho-emoţională bazală, exprimată prin scăderea controlului, îndeosebi asupra reactivităţii primitive vegetative, ce stă la baza activităţii proceselor protoafective, arhi- şi paleopsihice, şi care vor structura dominante negative inconştiente cu influenţă evident dezadaptativă conştientă.

Dacă în privinţa existenţei unei predispoziţii constituţional-anxioase fragile către obsesii şi fobii părerile sunt împărţite, în ce priveşte însă importanţa factorilor psihogeni determinanţi, aceasta se pare că este indubitabilă, în sensul prezenţei traumatizării psihice legată de anumite situaţii de nemulţumire, de frustrare, probleme existenţiale nerezolvate etc., inclusiv stresul celular infantilo-juvenil care crează terenul favorabil apariţiei şi manifestărilor obsesivo-fobice. Un rol aparte îl joacă momentele situaţionale de insecuritate - interioară sau exterioară - legate de deces, boală, accidente ale celor din anturajul apropiat pacientului. S. Freud, P. Janet subliniau şi au descris „*fobia de situaţie*" cu valoare simbolică, pentru autori, în sensul echivalenţei unei „*fobii de acţiune în anumite circumstanţe*" cu elaborarea unui comportament caracteristic de evitare a stimulului fobogen. Această interpretare însă aparent simplistă şi cauzal mecanicistă se evidenţiază, la o analiză clinică atentă în fiecare fobie de situaţie sau de un obiect fobogen şi are un echivalent precizabil în fobiile de acţiune sau de anumite circumstanţe sau în fobiile de acte profesionale determinate, însă aprecierea manifestării psihopatologice ca veritabil fobică este de luat în considerare atunci când *intensitatea, durata şi semnificaţia fricii* este atât de mare încât perturbă sau interferează semnificativ reactivitatea ideo-afectivă şi activitatea socio-profesională a pacientului constrâns să se inclaustreze sau să-şi limiteze acţiunile şi libertatea de decizie, înainte de a apela la ajutor medical.

S. Freud descrie „*nevroza fobică*" independentă şi distinctă de „*nevroza obsesională*". Aspectul situaţional după S. Freud ar avea un rol secundar în fobie şi că în realizarea simptomatologiei

fobice intervine mecanismul intrapsihic de proiecţie şi deplasare simbolică a anxietăţii pe un obiect sau pe o situaţie rezultat, al unui conflict intrapsihic, generat de o pulsiune periculoasă pentru EU, şi care determină trăirea subiectivă anxioasă de frică centrată pe obiectul fobogen. Prin proiecţie şi obiectivare, anxietatea - în opinia autorului - se linişteşte pentru că apare un obiect sau o situaţie exterioară în raport cu care frica nemotivată se poate defini (prin urmare se poate evita şi se pot lua măsuri de apărare prin dezvoltarea unui comportament de evitare etc.)

H. Wallon leagă problema fobiei de raportarea nemijlocită anxioasă a persoanei la preajmă. Explicaţia lui Wallon se bazează pe structurarea ierarhică a spaţiului trăit şi reprezentat fobic în ontogeneză. El evidenţiază legătura dintre *act* şi structurarea, trăirea şi *reprezentarea abnormă a spaţiului*: actul, în mod normal, este posibil prin ancorarea spaţială (stăpânirea spaţială a lumii înconjurătoare). Fobicul nu poate stăpâni spaţiul existenţial, el este ca urmare crispat în faţa actului pe care nu-l poate realiza, pentru că nu poate „demara" datorită inhibiţiei fobice.

Legat de aspectul situaţional, nevroza fobică se instalează de obicei la persoanele care au prezentat traume psihice, stări stresante şi semne nevrotice, tendinţă la introversiune, timiditate, dependenţă prin hiperprotecţie în copilărie etc. şi se manifestă îndeosebi în perioadele active ale existenţei cu o anumită disponibilitate fragilă de reactivitate cerebrală şi respectiv de vulnerabilitate psihologică ulterioară, favorizată sau determinată de eforturile şi avatarurile de inserţie bio-psiho-socială şi de definire a personalităţii, perioadă în care se pot declanşa puternice tensiuni conflictogene intrapsihice în raport cu factorii stresanţi, tensiuni legate în mod particular de contradicţiile şi vulnerabilităţile inerente vârstei sau genetic determinate.

Mulţi autori insistă predominant asupra unui complex de factori psihogeni, care cuprind mai multe momente psihice traumatizante, după o prealabilă „sensibilizare" foarte timpurie (în copilărie), care determină aşa-numitei „armuri caracteriale" (W. Reich), fond pe care ulterior - după cumularea unor alte psihotraumatisme - apar fobiile şi respectiv obsesiile. Primejdia luată ca factor semnificativ şi frica legată de ea se constituie pentru aceste persoane ca o realitate cu care trebuie să se confrunte atunci când o raportează la sine.

Acest prim moment al procesului nevrotic constă, în esenţă, din erori de educaţie, oscilând între cele două extreme, de la

supraprotecţia, răsfăţul excesiv, până la educaţia autoritară, perfecţionistă, uneori cu exagerări psihopedagogice şi chiar religioase. Toate acestea favorizează apariţia anxietăţii, a angoasei, a sentimentelor de culpabilitate, a unui grad de neîncredere în sine, de blocare a maturizării afective cu nevoie exagerată de securitate şi aprobare din partea altora. Altfel spus, aceste greşeli educative determină, în final, apariţia unei atitudini de angoasă şi ambivalenţă faţă de obiectele, situaţiile, evenimentele din mediul natural, de familie şi împrejurările sociale, cu o structurare psihică contradictorie, antinomică şi cu oprirea maturizării afective şi acţionale.

Indiferent de terenul pe care acţionează - îndemn sau modificat genetic, lezional sau funcţional (educaţional ori prin psihotraume) -, toate aceste circumstanţe negative declanşează tensiuni intrapsihice, conflicte între tendinţe, conflicte între curaj şi frică, între necesităţile fireşti şi rigorile existenţiale adaptative, inclusiv a concepţiilor de viaţă conferind „abuziv semnificaţie şi gravitate vieţii ..." aşa cum se exprimă E. Cioran. La rândul ei, această conflictualitate determină o stare de încordare, anxietate, perturbări ale proceselor cerebrale fiziologice, adică acţionează tocmai în sensul modelării abnorme a substratului morfo-funcţional dinamic cerebral în sensul „necesar" instalării procesului nevrotic. „A te teme înseamnă a te gândi într-una la tine şi a nu-ţi putea imagina un curs obiectiv al lucrurilor" (E. Cioran).

Dar toate fobiile propriu-zise sunt condiţionate de o prealabilă alterare a semnificaţiei spaţiului trăit, cu raportarea acestuia în mod angoasant la propria persoană, diferenţiindu-se aici două domenii:

1) *spaţiul propriului corp*, delimitat de trăirea schemei corporale structurat şi saturat deci de cenestezie şi de întreaga moştenire biologică pusă în tensiune suprasaturată de anxietate atât emergentiv cât şi imergentiv;

2) *spaţiul încorporării lumii înconjurătoare* care se dezvoltă în ontogeneză, pornind de la obiectele, fiinţele percepute şi de la relaţiile, prin activitate, cu acestea, dezvoltare generată de psihotraume care zdruncină de la început structurarea optimală biologică, psihologică şi socială a viitoarei personalităţi.

Nevroza nu poate fi înţeleasă în afara structurării şi structurii dinamice a personalităţii pe tot parcursul dezvoltării individuale. În nevroză există o serie de demodulări ale reactivităţii neuropsihice care se organizează individual după anumite direcţii

dominate particulare fiecărei persoane: cu decăderea persoanei prin nesiguranţă, anxietate pe un plan mai puţin pragmatic, de la ineficienţă şi demisie socială până la sistarea activităţii cu eventual blocaj cataleptic sau criză sincopală în faţa unei primejdii chiar minime dar hiperbolizată ca semnificaţie; gândirea nevroticului încărcată catatimic, înlocuind structura logică a gândirii normalului cu logica afectiv-emoţională protoafectivă, cu pierderea sensului şi semnificaţiei propriei existenţe: activitatea comună se converteşte din scop şi angajare etică într-un paleativ sau în fugă din faţa realităţii; diminuarea spontaneităţii şi libertăţii de decizie şi acţiune, mascată prin instabilitate afectivă şi care poate lua forma unor descărcări paroxistic-fobice, obsesiv-compulsive şi eventual cu descărcări impulsiv-fobice sau impulsiv-obsesive etc cu acompaniamente anxioase sau de angoasă.

Consideraţiile despre angoase, obsesii, fobii, psihastenie pornesc de la dilematica problemă a „energiei psihice". Aceasta se apreciază dar nu se măsoară decât printr-o trăire directă şi de corelare cu sentimentul de oboseală, echivalent cu nivel energetic scăzut al „sentimentului realului".

În suferinţa fobică la fel ca şi în cea obsesivă apare o dereglare psiho-dinamică în care psihismul se îngustează şi se „învârte" dominant într-o conştiinţă cu constructe semnificative polare, regresive, cu restrângere pe o preocupare anxioasă cu semnificaţie dominant circumscrisă, egofob, amplă, profundă şi inertă. Ea consumă în gol o cantitate mare de energie, fără randament şi fără motivaţie optimală, ceea ce duce la crearea şi stabilirea unui *cerc vicios* şi dominant intrapsihic cu sens descendent.

Fobia şi obsesia apar astfel ca una din cele mai grave afectări ale dinamicii psihice a personalităţii. Există o „repercursiune a asteniei", care răsună în regimul general al dinamicii conştiinţei printr-o îngustare, diluare şi rarefiere a fluxului său, ceea ce duce la apariţia de fenomene parazitare, un fel de stagnare datorită unor circuite care revin cu sens descendent mereu asupra lor înşile, în loc să funcţioneze cu sens ascendent proiectând optimal anticipativ personalitatea. Obsesivul şi fobicul sunt nişte risipitori de energie, cu alte cuvinte, au un model neeconomic de existenţă umană, care transformă planul general al conştiinţei individuale într-un dramatic câmp de luptă crâncenă, contradictorie şi ireconciliabilă în raport cu o realitate căreia i se acordă semnificaţii vitale negative. Pentru obsesivo-fobic, posibilul înseamnă probabilul care nu poate fi apreciat corect şi semnificat adecvat şi transformat în certitudine.

Fobia este, deci, o îngustare şi o schematizare a vieţii psihice pe câteva teme, anormal de stabile, de comentare anxioasă şi dubitativă, abuzivă a lumii, cu modele de creaţie şi activitate de o surprinzătoare inerţie şi reactivitate neuropsihică grevată de primejdie inevitabilă. Cu cât se amplifică şi se intensifică, obsesiile ca şi fobiile, ele accentuează caracterul anxios şi repetitiv al constructelor ideo-afective. Fobia şi obsesia - ca mari spoliatoare de energie - instaurează oboseală (oboseală existenţială), cu cortegiul ei nelipsit şi constituit din astenie, anxietate, obsesie, fobie - practic criterii contradictorii deoarece în nevroză nu există suferinţă psihică fără astenie, anxietate şi tensionare psihică.

Fobiile - tip distinct de alterare psihopatologică - practic sunt determinate de anxietate, cu note de subsol obsesive sau fobice - apar ca dereglări dinamice ale experienţei imediate din viaţa psihică în raport cu spaţiul corporal şi existenţial aflate permanent sub ameninţarea primejdiei ca primă realitate. Fobiile alterează amploarea, libertatea de orintare şi de alegere a tematicii, succesiunii şi secvenţierii stărilor psihice în dinamica lor firească, normală de desfăşurare pe o spirală dominant ascendentă şi optimală atitudinal-aptitudinal.

Polul patologic în fobie ca şi în obsesie scrie E. Pamfil este înscris de o repetiţie absurdă, în care coroborarea, descifrarea şi depăşirea problemelor de asimilare şi acomodare adaptativă adecvată nu se mai poate desfăşura fluent, astfel încât fobicul şi obsesivul apar ca „experimentatori ai absurdului, inutilului, stupidului", care nu-şi poate folosi concluziile, pentru că acestea nu pot fi elaborate, sau sunt elaborate egofob, catatimic, deoarece alterarea gândirii constă în investirea temelor lor dominante cu o putere de tip magic, cu sens şi semnificaţie de fatalitate inexorabilă şi absurdă. Se modifică astfel trecerea din planul de constatare aberantă în cel de folosire inutilă, realizându-se o alunecare a posibilului spre extrem de puţinul probabil şi tot pe atât de favorabil încheierii unui cerc existenţial vicios cu sens şi semnificaţie ce nu corespund realităţii pe care totuşi o cunosc, dar pe care n-o pot stăpâni şi în care se înseră bipolar, ambivalent în obsesie sau demisiv, evitant în fobie.

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2820
Biblioteca Personală

Aspecte clinice ale fobiilor

Fobia este o stare de angoasă psihică şi fizică nemotivată intensă, persistentă, recurentă, iraţională şi invincibilă, care poate merge de la anxietate până la panică paralizantă, declanşată de contactul sau prezenţa de substanţe, obiecte, fenomene, fiinţe, persoane, situaţii, acţiuni etc., inofensive prin ele însele şi care se însoţeşte de anxietate anticipatorie şi de dezvoltarea unui comportament de evitare sau de fugă din faţa obiectului fobogen sau a situaţiei fobogene. Unele aspecte de etiopatogenie a fobiilor au fost amintite mai sus.

Frica, la fel ca şi fobia, sunt cu mult mai aproape, ca origine, de ruperea unui echilibru homeostazic biopsihic profund şi ca atare şi una şi alta sunt structurile afective legate, ca şi emoţia ce se află la baza ambelor trăiri, de sensibilitatea organică şi respectiv de reactivitatea primară şi ideo-afectivă a persoanei cuprinsă de aceste stări. Din punctul de vedere al reactivităţii psihice, atât frica şi la fel fobia acţionează asupra nivelelor superioare de integrare ideo-afectivă şi respectiv asupra conştiinţei cu o intensitate atât de importantă încât suprasaturează cu semnificaţii adaptative negative întreg câmpul conştiinţei determinând atitudini pe atât de diferite pe cât de diferite sunt aptitudinile de reactivitate bio-psiho-socială a personalităţii.

Frica, oricât de paradoxal ar apare, face parte din modalităţile noastre de răspuns adaptativ la mediul existenţial, natural şi psihosocial.

K. Schneider vorbind despre frică îi deosebea două modalităţi de expresie: „reacţia la frică de natură pur reflexă" în care caz suntem înspăimântaţi *de ceva* şi un al doilea fel de frică reprezentat de „reacţia la un eveniment al cărui *conţinut* este frica" şi în care caz suntem înspăimântaţi *în legătură cu ceva*". În primul caz suntem cuprinşi de frică printr-o senzaţie, explozie, iluminare bruscă, intensă etc. în timp ce în al doilea caz frica este legată de *„semnificaţia* acestei senzaţii". Această distincţie îl determină pe psihiatrul german să afirme că în al doilea caz nu se produce în mod necesar o frică reflexă. Un cuvânt scris sau auzit poate declanşa o astfel de frică de al doilea gen legată de *conţinutul, de semnificaţia unei percepţii*, este reacţia la frica trăită". *Aceasta este frica psihică* (subl. ns - M. Ş.) frica trăită şi în care - aşa cum afirmă autorul „intensitatea percepţiei este fără nici o importanţă". Autorul se întreabă dacă nu ar trebui să „denumim „angoasă" o astfel de frică

psihică, angoasă a cărei origine este sesizarea semnificaţiei ameninţătoare a unei percepţii". Cu alte cuvinte angoasa este frica psihică, frica trăită în relaţie cu conţinutul şi semnificaţia fricii *„în legătură cu ceva"*. K. Schneider precizează că însăşi stările crepusculare, de înceţoşare a cunoştinţei, unele din ele pot apare în mod reflex, dar în genere ele sunt consecinţa „unei acţiuni a *conţinutului* fricii, deci o veritabilă reacţie la frica trăită. Este fundamental a o distinge de angoasă şi de frică, chiar dacă nu totdeauna este posibil a le separa". Pe de altă parte se subliniază ca o condiţie fundamentală pentru a considera că orice reacţie la o frică trăită este ca „un pericol, real sau imaginar, ameninţând persoana sau ceea ce are pentru ea intim să fie prezent sau depăşit". Reacţia la *conţinutul* evenimentului trăit se constituia în ultimă instanţă drept criteriu de apreciere a unei *stări psihogene*, fie că aceasta este *angoasă, stare crepusculară, stare de conversiune, de obnubilare a conştiinţei* etc.

„Reacţiile psihogene la frică sunt fundamental independente de caracter; se vorbeşte totuşi de fiinţe foarte impresionabile şi altele care sunt mai puţin, dar aceste denumiri - scrie K. Schneider - se raportează înainte de toate la reacţia reflexă la frică. De cea mai mare importanţă în acest domeniu sunt, pentru fiecare, dispoziţia de moment, experienţele trecute, situaţia în spaţiu şi în timp. După situaţie, se va înspăimânta mai mult sau mai puţin puternic". Autorul subliniază că de exemplu în timp de pace se va produce o tresărire predominant reflexă la zgomotul unei uşi, la un acelaşi zgomot în timp de război se va reacţiona, în cursul atacurilor aeriene, nu numai printr-un *reflex cu mult mai intens, dar concomitent printr-o spaimă psihică* determinată de trăirea conţinutului, a semnificaţiei pericolului, deci va fi o *frică „de ceva" (reflexă)* şi o frică de un *„conţinut"* cu *„semnificaţie"* în *„legătură cu ceva"*. *„Şi aici este clar că esenţială este reacţia de angoasă, care, în astfel de cazuri, este în mod indisolubil legată de reacţia de frică reflexă şi psihică"* (subl. ns - M. Ş.).

Am insistat asupra opiniilor lui K. Scheider, deoarece în majoritatea tratatelor de psihiatrie atunci când se abordează problematica atât de vastă a fobiilor, se vorbeşte de frica patologică în care se include angoasa şi comportamentul de evitare (*deci Frică, Angoasă, Anxietate şi Evitare*) fără să se discute în primul rând despre Frică - fenomen normal al condiţiei umane. Problema care se pune este aceea de a cunoaşte unde sfârşeşte frica firească pe care o poartă, conştient sau nu, fiecare om şi unde începe „fobia" ca frică

patologică. Pusă astfel problema, aceasta nu înseamnă un pur exerciţiu de speculaţie teoretică ci dimpotrivă, justificarea acestei distincţii ţine de elaborarea practică a diagnosticului psihiatric de *„nevroză fobică"*. Avem în vedere faptul că „frica", anxietatea (angoasa) o întâlnim ca manifestare fundamentală în nevrozele anxioase, în isteria de angoasă, în psihozele periodice, la debutul schizofreniei, în stările delirante, în stările confuzionale, în aura epileptică şi în stările crepusculare, în psihosindroamele organice traumatice, toxice, infecţioase, ca şi în psihosindroamele cu determinism predominant psihogen.

Cu mult mai delicată devine problematica fricii (a anxietăţii, angoasei) atunci când trebuie să facem distincţia dintre normal şi morbid, ca fenomene particulare conduitei şi aventurii umane normale îndeosebi când o persoană îşi asumă, indiferent ce acţiune dar cu mare risc, şi care vizează progresul individual sau social.

Revenind la problematica atât de delicată a fricii trăite, în relaţie *cu ceva, cu un conţinut* şi *cu o semnificaţie* (angoasa) şi *frica reflexă trăită în raport de ceva*, se impune să amintim *reacţiile corporale emoţionale (psihogene)* care însoţesc frica simultan cu trăirea sa, fie că frica este *reflexă* (angoasă) fie că este *reflexiv-semnificativă* (anxietate).

„Stările anxioase, ca şi frica, conduc, ele însele deasemenea la *tulburări corporale psihogene*. Acestea sunt deci de considerat ca o fixare a fenomenelor de expresie normală în sine. Toate tulburările corporale psihogene nu pot fi de altfel luate ca fenomene fixate de expresie. Altele nasc într-o manieră mai raţională, mai ales a unei reflecţii mai grijulii sau a unei speranţe, gândindu-se, de exemplu, că un braţ atins de o rană fără gravitate ar putea rămâne paralizată. Altele încă se servesc de un „locus minoris resistentiae" fie că acesta este pe stomac sau cord, aşa cum am menţionat deja în relaţie cu tristeţea şi cum aceasta se produce în toate emoţiile dezagreabile. Persoanele care au reacţii de angoasă nu sunt totdeauna fiinţe anxioase sau „psihopaţi". A voi să fie numite astfel nu ar însemna cel mai adesea decât o petitio principi. Aceasta e valabilă mai ales pentru cei care au tulburări psihogene acute" (K. Schneider, op. cit. p. 65).

Şi tot K. Schneider menţionează că: „Tulburările corporale după frică se prezintă mai ales ca *fixaţii reflexe pe care corpul le-a însoţit sau a făcut să urmeze spaimei*: pierderea vorbirii, bâlbâială, paralizii, tremurături, ticuri, pierderea cunoştinţei în mod repetat, şi

după ocazie cu convulsii. Toate aceste fenomene, mai ales aceste fixări vor apare în principal atunci când la reacţia de frică, este legată angoasa că pericolul ar putea reveni, provocând tentative de a ieşi din situaţia ameninţătoare sau de a nu se mai expune".

În legătură cu cele expuse după K. Schneider, vom observa că *reacţia la frică fie că este reflexă, fie că este reflexivă, ambele apar ca fenomene care au acţionat asupra organismului, i-au zdruncinat echilibrul său, iar reacţia fie că a fost imediată sub formă de reflex (mă tem de), fie sub formă reflexiv-semnificativă (mă tem în legătură cu) în ambele cazuri emoţia, frica, angoasa, lasă urme mai mult sau mai puţin adânci şi le întăreşte şi le adânceşte şi mai mult, dacă aceiaşi excitanţi sau situaţii negative acţionează îndelung chiar cu mai mică intensitate. Se creează astfel dominante nu numai neuropsihofiziologice, dar şi subdominante cu componente psiho-neuro-endocrino-umorale senzitive, senzoriale, chinetice (motorii) care cointeresează fie în sens emergentiv fie imergentiv întregul organism. Sigur că în aceste dominante intră inclusiv sexualitatea, instinctul sexual, libidoul dacă avem în vedere că acesta reprezintă instinctul de conservare a speciei. Cu atât mai mult libidoul va fi implicat cu cât componenta hormonală va fi mai puternică funcţie de vârsta subiectului şi de nivelul său de dezvoltare cromobiologică, psihică şi socială.*

Acţiunea reflexă este foarte aproape de şi face parte din funcţionalitatea organică şi cu cât este mai intens factorul stresant şi mai puţin maturizat organismul şi în special structurile psihoneurofiziologice cerebrale cu atât răspunsul reflex predomină asupra celui reflexiv, iar reacţia este deloc sau foarte puţin intelectualizată cum este de exemplu cazul copilului mic. Spiritualizarea emoţiei dar şi maturizarea răspunsurilor vegetative şi musculare se face treptat, în decursul unui proces de dezvoltare şi de maturizare. Se ştie că până la vârsta de trei ani predomină sistemul vagal asupra celui simpatic; se cunoaşte deasemenea că reactivitatea neuromusculară este globală şi nediferenţiată la copilul mic şi că deasemenea automatismul şi structurile biopsihice primare sunt cele dominante în viaţa copilului în primele luni. În acest stadiu chiar dacă copilul nu are dezvoltate structurile de reprezentare aceasta nu înseamnă că ***semnificaţia biologică*** *în raport cu o emoţie puternică este absentă. Desigur că este absentă semnificaţia reflexivă însă nu este absentă orice semnificaţie. Fenomenul de urmă pe de altă parte nu se raportează numai la substratul morfo-funcţional cerebral ci şi la structurile biopsihice,*

primare şi ca atare dominanta va fi simultan organică dar şi biopsihică şi nu numai atât.

În altă ordine de idei este aproape imposibil să vorbim la copilul foarte mic de fobii cât mai ales de angoase, de spaime, componente ale afectivităţii primare şi ale structurilor psihice iniţiale moştenite. Reacţia reflexă la angoasă (trăită cu tot organismul) este strâns legată de instinct, de reactivitatea vegetativă şi de cea neuro-musculară nediferenţiată încă. Dacă în asemenea condiţii, copilul este supus unui „bombardament" de excitaţii intense sau, dacă dimpotrivă se exercită pe o perioadă îndelungată excitaţii negative chiar de mică durată dar cu o frecvenţă crescută, în asemenea condiţii se epuizează substratul morfo-funcţional cerebral, au loc structurări dizarmonice biopsihice, vegetative, umorale, metabolice, moleculare, se organizează dominante şi subdominante patologice, funcţionale, parabiotice cu potenţial parabiotizant, creându-se astfel un *teren constituţional vulnerabil, un teren sau un locus de minimă rezistenţă* sau ceea ce în termenii actuali se denumeşte *un teren vulnerabil*. Reactivitatea fiecărui organism este fiica mileniilor (a geneticii) ca şi a timpului existenţial. Se poate afirma că reactivitatea psiho-neuro-endocrino-umorală-metabolică, senzitivo-senzorială, neuro-musculară, moleculară şi submoleculară se află calitativ şi cantitativ sub dependenţa filogeniei (geneticii) edificată în decursul miliardelor de ani de evoluţie a lumii organice (pe care-i rezumă în fracţiuni de miardimi de secundă) şi în relaţie indisociabilă cu condiţiile existenţiale ontogenetice considerate şi ele la rândul lor sub raport calitativ şi cantitativ în funcţie de acţiunea pozitivă sau negativă a factorilor de mediu natural şi psihosocial. Considerată din această optică natura operează rebuturi asupra fiinţei umane, dar nu mai puţin importante sunt rebuturile sau vulnerabilitatea biologică şi psihilogică pe care le pot determina condiţiile negative de mediu natural şi psihosocial în cadrul căruia se structurează şi se dezvoltă organismul în întregul său şi în particular dezvoltarea şi maturizarea neuropsihică atât sub raportul unei reactivităţi armonice sau dizarmonice şi a unui conţinut psihic optimal sau nu ca nivel de integrare afectivă ideativă şi spirituală. Fenomenele de obiectivare a subiectivităţii şi de subiectivare a lumii, nivelul, calitatea, armonia, optimismul funcţional al acestor procese depind de toţi factorii de mai sus, consideraţi în legătura lor indisociabilă, determinantă şi ireductibilă. De aceea ni se pare că diversele teorii etiopatogenetice privind patologia psihică, precum şi cea somatică nu pot fi înţelese decât raportându-ne la legităţile lumii biologice în general, la

legităţile condiţiilor indisociabile bio-psiho-sociale ale fiinţei umane. În opinia noastră fiecare concepţie etiopatogenetică se aplică în cazul subiectului studiului nostru atât obsesiilor cât şi fobiilor cu condiţia de a situa fiecare teorie pe palierul de la nivelul căruia şi-a extras argumentele practice pentru a-şi elabora edificiul său conceptional etiopatogenetic. Este adevărat că ştiinţa este fiica timpului trecut şi prezent, însă fiecare concepţie ştiinţifică poartă dezmărginirile sau limitele fiecărei epoci ca şi a fiecărei personalităţi care a elaborat una sau alta dintre concepţiile ştiinţifice asupra unui subiect sau altul. În ceea ce ne priveşte nu limitele unora sau altora dintre concepţii interesează în mod predominant ci dimpotrivă ne interesează partea care stă în picioare neclintită şi rezistă faptelor, adică rezistă sub raportul timpului, realităţilor condiţiei umane.

În ansamblul consideraţiilor de mai sus, concepţiile despre etiopatogenia fobiilor şi apoi a obseiilor prezintă diferite şi numeroase contradicţii chiar în cadrul aceleeaşi concepţii fundamentale, originare, pe care au adoptat-o fiecare cercetător.

Atfel H. Wallon arată că spaima este de tip condiţional chiar la copilul mic şi „În loc de a fi specific determinată în efectele sale prin excitaţie sau prin reprezentarea obiectului şi a situaţiei, reacţia se produce într-o oarecare măsură pentru ea însăşi, într-un mod global şi nediferenţiat. În loc de a fi orientată către lumea exterioară şi a se diversifica după caz şi eveniment, ea tinde a se realiza în întregime, oricare ar fi incidentul care o provoacă, submergând gradual sub undele contradicţiilor sensibilităţii intime ale clasei noţiuni de realitate" (*op. cit.* p. 99) precizând că emoţia poate aparţine unui stadiu de comportament când „puterea rămâne limitată". Pe de altă parte „legătura între stimulare şi reacţie pe care ea o stabileşte se găseşte în ceea ce poate fi opus, sub numele de superstiţii, în locul legăturilor şi noţiunilor inspirate de cauzalitatea experimentală. Raportul mai mult sau mai puţin mistic între necesitatea unei oarecare reacţii sau practici şi oarecare eveniment sau circumstanţă pare a se baza destul de mult pe emoţie. Dar fără îndoială, trebuie să facem un mare loc tradiţiei. Dar acest gen de tradiţie are cu atât mai multă priză cu cât îşi exercită puterea sa asupra unor persoane mai emotive, obişnuit mai dominate de sensibilitatea lor subiectivă şi pe reacţiile lor organice, sau în condiţii mai propice dezvoltării emoţiei. În momentele de teamă sau de tristeţe credulitatea superstiţioasă recapătă vigoare". Şi chiar acolo unde lipseşte o astfel de tradiţie, o emoţie violentă sau profundă, care determină frica pentru unele obiecte sau locuri, acestea se vor

constitui ca „martori ai emoţiilor noastre" şi mai departe autorul precizează un fapt care se leagă de biopsihologia urmelor: *„În prezenţa lor sau de imaginea lor rămâne ataşată emoţia pe punctul de a renaşte. Şi dacă ea nu ajunge să se dezvolte este din cauza momentului sau ambianţei care-i sunt prea contrare. Dar împiedicată să se dezvolte acum, ea poate să se exprime sub forma presentimentului sau a apăsării"* (subl. n - M. Ş.). Emoţiile realizează în fond trecerea de la automatismele supuse excitaţiilor de mediu către „viaţa intelectuală, care, procedând prin reprezentări şi simboluri, poate furniza acţiunii alte motive şi alte mijloace decât cele ale momentului prezent şi ale realităţii concrete" (op. cit. p. 102). Aici este în fod procesul de polarizare şi de depolarizare particular fiinţei umane, dar tot aici este şi modalitatea polară de reactivitate în emoţiile fobice - la nivel organic - şi în cele obsesive la nivelul vieţii intelectuale, predominant şi într-un caz şi în altul, în cazul dezvoltării psihice - semnificaţia - în raport de nivelul de integrare ideo-afectivă.

Pentru expresivitatea emoţională manifestările emoţionale primare îşi au ca regiune activă a fizionomiei gura „în timp ce, la adultul cultivat, ea s-a transportat către ochi şi frunte. În acelaşi timp emoţia s-a spiritualizat". Faptul este interesant de observat în fobii în primul caz şi în obsesii în cel de al doilea caz. Dar acestea sunt în acelaşi timp planuri succesive de dezvoltare sau de regresie a reactivităţii emoţionale şi bineînţeles a „sensibilităţii intelectuale".

Ritualurile întâlnite atât în fobii ca şi în unele obsesii exprimă un grad de emoţie ce se află în anticamera activităţii simbolice şi sunt un intermediar între automatismele vieţii organice şi cunoaşterea reflexivă, aşa cum angoasa este exprimarea reflexă a reactivităţii organice, în timp ce anxietatea reprezintă expresia spiritualizată a spaimei. În acelaşi sens limbajul este înscris în organism spune Wallon, dar nu se poate dezvolta fără prezenţa durabilă a mediului psihosocial. Din acest punct de vedere emoţia şi expresiile emoţionale se constituie ca o etapă care precede limbajul sub triplul său sens: de funcţie organică primitivă, şi deci care nu aparţine numai omului (dacă ne referim şi la limbajul gestual), că este rezultatul unui tip gregar de societate, adică a unui tip inferior şi primitiv. Această remarcă raportată la fobii ne va duce la observarea că în situaţia fobică limbajul este predominant expresiv gestual mimic, în timp ce în obsesii va predomina limbajul în înţelesul său simbolic. Toate aceste însă sunt probleme de analiză mai

aprofundată şi de incursiuni în alte domenii de cunoaştere, ceea ce ne-ar îndepărta de subiectul nostru de bază - fobia.

Raportându-ne la toate cele de mai sus vom observa că apariţia comportamentului de teamă la copil are o anumită stadialitate:

- *Temerile arhaice* apar la 2-3 luni;
- *Teama de feţele necunoscute, străine* (la 7-8 luni);
- *Terorile nocturne* apar la copilul normal de 18-20 luni.

În terorile nocturne angoasa se însoţeşte de tahicardie, tahipnee, tranpiraţii şi confuzie după paroxism.

Se pare că secundar viziunilor onirice copilul le proiectează pe acestea în lumea exterioară. Coşmarurile la copil au fost studiate de către o serie de autori printre care L. Despert, care au constatat, că un copil care până la un moment dat n-a avut frică de câini, după o serie de coşmaruri devine fobic faţă de câini. Aceasta ar fi, în opinia noastră, doar una din formele după care se pot elabora fobiile. Cele de mai sus constituie forma primară, onirică de elaborare a unei fobii cu angoasa intensă care se fixează pe un *obiect* (câinele, pisica etc.), *evitarea* (trezirea) şi comportamentul de *liniştire, reasigurare* (mama). *Zoofobiile* îşi au originea tocmai în faptul că pericolul de moarte perceput interior este proiectat în exterior pe un *animal ameninţător*. Acest fenomen este frecvent la copilul de 2-5 ani, iar la adult fobia animalelor mari este interpretată ca un răspuns simbolic la o teamă infantilă.

Se remarcă la copil că *fobia de întuneric* (negru) apare la vârsta de 2 ani; *fobia de animalele mari* la vârsta de 3-4 ani; *fobia de animalele mici* între 4-5 ani; *fobiile de situaţii* (şcoală, înălţimi, mijloace de transport etc.) apar după vârsta de 5 ani. Unele din particularităţile fobiilor se vor expune în capitolele care urmează, diversele lor aspecte vor fi deasemenea şi ele discutate atunci când se vor expune particularităţile fobiilor la copil.

„Fobiile - scrie E. Pamfil - semnifică dereglări dinamice ale experienţei imediate din viaţa psihică. Ele alterează amploarea, unghiul, deschiderea, largheţea, libertatea de orientare şi alegere în tematica, succesiunea sau secvenţa stărilor noastre psihice".

Fobicul recunoaşte cu deplin discernământ caracterul absurd, iraţional, nejustificat şi invincibil al fricilor sale precum şi lipsa periculozităţii stimulilor fobogeni, care prin ei înşişi nu au nimic periculos pentru bolnav, dar fobicul este dominat de frica excesivă, nerezonabilă, şi totuşi nu poate lupta raţional împotriva acesteia. Dispariţia sau evitarea agentului, a situaţiei sau a activităţii

fobogene duce la dispariţia neliniştii, însă uneori subiectul păstrează, prin fixare anxioasă pe planul reprezentării mintale, o stare de nesiguranţă care deşi obişnuit nu-i afectează calitatea optimală a integrării ideo-afective şi socio-profesionale, totuşi păstrându-şi discernământul se simte nesigur, neliniştit, anxios sau angoasat, putând determina o stare de rău sau chiar un început de panică sau de panică în raport cu obiectul fobogen sau cu situaţia fobogenă.

În acest sens, frica normală, declanşată de un pericol real sau imaginar este o trăire umană comprehensibilă şi este, de cele mai multe ori proporţională cu gravitatea factorului declanşator şi, de obicei, rămâne ca un simptom sau ca o trăire care nu perturbă însă profund relaţiile intrapsihice şi de integrare socială decât dacă depăşeşte o anumită intensitate şi dacă are prin ea însăşi o semnificaţie vital periculoasă fie ea şi pasageră. Spre deosebire de aceste *stări „fobice" reactive*, existenţial normale, fobia adevărată când se manifestă cu mare intensitate, disproporţionată, excesivă şi nerezonabilă, faţă de stimulul fobogen, stimul nesemnificativ, nepericulos şi inofensiv prin el însuşi, se ajunge în unele situaţii de fobo-fobie (frica de frică) până la un stadiu absurd, iraţional de frică, persistentă şi incomprehensibilă şi invincibilă şi de care nu se poate scăpa decât evitând obiectul, fiinţa sau situaţia fobogenă.

Frica, ca emoţie trăită în faţa unui pericol real copilul nu o realizează decât atunci când s-a ajuns la un anumit nivel de dezvoltare neuropsihică.

La vârsta de 4-5 luni copilul răspunde excitanţilor puternici din mediu sub formă de stări emoţionale primare manifestate violent şi acompaniate de reacţii tonice, arhaice, globale de mare intensitate, difuze şi nediferenţiate, generate reflex din profunzimile primare protopsihice ale fiinţei sale.

Stimulările intense determinate de modificări bruşte de poziţie, stimulările organelor senzoriale şi îndeosebi a auzului prin zgomote intense, provoacă reacţii de frică pe care copilul le proiectează asupra celui care le produce scrie H. Wallon. Este aici frica reflexă pe care o poate trăi chiar şi adultul în situaţii excepţionale.

Evolutiv frica apoi apare (reactiv) la copil în raport de condiţionare dintre experienţa sa şi noutatea obiectelor din jur. Astfel apare frica de anumite obiecte, situaţii noi, animale, persoane străine, singurătate, obscuritate sau în cazul că survin senzaţii penibile şi în particular de surpriză, de noutate, faţă de ceea ce era cunoscut anterior.

Se vede uneori la copil, aşa cum cum de altfel se va întâmpla ulterior şi în viaţa adultă, un *antrenament la frică*, copilul solicitând repetarea excitanţilor care-l fac să tresară dar care de data aceasta nu-i mai provoacă frica, ci surâsul. La copiii mai mari le plac poveştile în care apar situaţii periculoase, aceasta fiind o modalitate de a lichida angoasele reflexe inerente copilăriei. Oamenii mari constituie pentru copilul mic, prin însăşi înfăţişarea lor, obiect de frică (*complexul Gulliver*). Pentru o perioadă îndelungată de timp oamenii cu anumite roluri sociale generează pentru copil stări de frică. În această situaţie se plasează poliţaiul, jandarmul, medicul, „ţiganul cu sacul pentru copiii obraznici", obiceiuri necorespunzătoare întreţinute chiar de unele familii. Însăşi tatăl constituie pentru copil un subiect de frică - condiţionată sau nu - consecinţă a faptului că tatăl apare ca simbol al autorităţii prin funcţia social-familială pe care o exercită acesta. Este aici începutul de cristalizare a fricii reflexiv-semnificative sub formă concomitentă reflexă şi psihică.

În perioada de şcolar frica apare nu numai în cazul unui pericol neşteptat, dar apare deasemenea frica de sancţiunile punitive, de eşec sau de a fi umilit de către personalul din şcoală sau de către colegi şi de aici *fobia de şcoală* care poate lua aspecte patologice severe.

Pe de altă parte greşelile educative ale părinţilor, ca de exemplu hiperprotecţionismul, familiile cu reactivitate emoţională prăpăstioasă faţă de cele mai mici evenimente neplăcute, disputele şi violenţele familiale desfăşurate în prezenţa copiilor, disociaţiile familiale, sărăcia, mizeria, filmele sau poveştile cu scene de groază, sensibilizează, întreţin şi amplifică reacţiile sistemice de frică, de angoasă şi anxietate, fobia din acest stadiu având şanse multiple de evoluţie spre obsesie.

La cele de mai sus se vor lua în consideraţie în *apariţia* reacţiilor sau stărilor durabile de frică constituţia hiperemotivă favorizând hipersensibilităţile conflictuale sau complexuale, stările temporare de frică în perioada de criză adolescentină cu componente organice etc., deşi nu este neapărat nevoie de o structură hiperemotivă pentru a trăi o reacţie anxioasă.

„Anxietatea copiilor şi adolescenţilor mai ales - scrie K. Schneider - se raportează adesea la evenimente care n-au devenit cu totul inconştiente, dar care rămân în mod confuz conştiente, cu trăiri impresionante, în principal la primele experienţe sexuale pe jumătate înţelese şi la sentimentele de culpabilitate care au loc acum. Aceasta

se întâlneşte deasemenea în imaginile onirice: trezirea sau starea liminară de trezire arată adesea tabloul terorilor nocturne. Dar şi alte angoase nemotivate trebuiesc interpretate de o manieră diferită, nu ca o angoasă care şi-a pierdut motivul său, ci ca un sentiment original care face parte din esenţa umană. *Când se gândeşte la destinul uman, trebuie în plus să ne emoţionăm de a vedea omul fără angoase decât de a-l vedea angoasat*" (subl. autorului - K. Schneider).

„Chiar angoasa *motivată*, noi o denumim „angoasă" şi nu „spaimă". Rezonanţa care o produce angoasa este„grosso modo", mai elementară, mai afectivă, şi mai pasională, cea a fricii mai raţională, mai reflexivă. Angoasa motivată este totdeauna precedată de o frică psihică: spaima provocată de semnificaţia ameninţătoare a unei percepţii. Simptomele corporale care acompaniază sau urmează oricărei angoase sunt aceleaşi ca în frica trăită. În angoasa puţin acută, ele sunt indistincte; o nelinişte, o opresiune, o tensiune penibilă nu lipsesc de altfel niciodată.

Consecinţele psihice ale angoasei intens motivate şi deasemenea nemotivate sunt frecvent *erori iluzorii*, subiect al lucrurilor inofensive ... care cresc încă angoasa" (K. Schneider - *Psychopathologie clinique*, p. 62).

Comportamental, frica fixată concentric pe obiectul fabogen, poate fi exteriorizată, spectaculoasă, dezinhibată, violentă, liberatorie, în timp ce în alte cazuri frica rămâne inhibată, camuflată, necunoscută sau se poate manifesta în mod paradoxal sub formă de false agresivităţi (curajul fricosului), îndeosebi psihogene, cu expresivitate nevrotică sau sub forma unor reacţii bruşte aparent nemotivate cum este de exemplu raptusul (apud: F. Lafon - *Vocabulaire de psychopedagogie* - Paris, PUF, 1963, p.464).

Frica la fel ca şi furia, spaima, panica, tristeţea etc., fobiile, angoasa au repercursiuni biologice, psihologice şi sociale asupra personalităţii în raport cu starea reactivităţii sale iniţiale şi funcţie de experienţa sa existenţială. Stările afective menţionate, grupate în stările de afect - adică stări emoţionale de mare intensitate şi de scurtă durată - se bazează şi sunt în genere precedate de o stare emoţională difuză, nediferenţiată - *emoţia - şoc*. Ca fenomen timic elementar, emoţia are caracter difuz, de trăire timică resimţită subiectiv ca stare de plăcere-neplăcere, durere-voluptate etc. Acest caracter bipolar sau bivalent este una din particularităţile tuturor proceselor, fenomenelor şi manifestărilor afective, indiferent de nivelul lor de realizare (dispoziţie, emoţii, afecte, sentimente sau

pasiuni), de intensitatea lor (emoţie obişnuită sau stare extremă de anxietate sau de panică); de profunzimea lor (câmpul timic putând fi difuz sau restrâns, profund sau superficial); de înţelesurile afective care pot fi elementare - vagi la nivelul dispoziţiei, elaborat în ceea ce priveşte sentimentele şi pasiunile; durata fiind scurtă, pasageră în cazul emoţiilor sau afectelor, durabilă în cazul sentimentelor şi îndeosebi în cazul pasiunilor. După aspectul lor valoric, stările afective sunt pozitive sau negative, iar după acceptarea şi consensul lor social expresiile, direcţionările stărilor afective pot fi manifestate în mod aberant sau alienant funcţie de calitatea şi nivelul conştiinţei valorice individuale sau a criteriilor supraindividuale de esenţă socială.

Indiferent de nivelul de elaborare al stărilor afective, noi considerăm că acestea impregnează personalitatea în întregul său şi au relaţii interfuncţionale atât cu structurile organice cât şi cu structurile superioare intelectuale cu care alcătuiesc un cuplu dinamic indisociabil ideo-afectiv.

Dintre procesele afective, emoţia este cea mai apropiată de structurile vegetative şi de manifestările organice endocrino-umorale şi metabolice şi de aceea manifestările emoţionale au componente structurale şi funcţionale, cu conexiuni şi repercursiuni reflexe parţiale sau localizate, unele cu declanşări în înlănţuiri complexe cum sunt instinctele - de care emoţia este indisociabilă - cu consecinţe imergentive pozitive sau negative, dezinhibitorii sau inhibitorii, asupra funcţiilor viscerale, umoral-endocrine, metabolice, vegetative, motorii (tonice, pasturale, cinetice) pe care le influenţează în sensul echilibrării sau a dezechilibrării proceselor de asimilare şi acomodare adaptivă. În sens emergentiv, dispoziţia, emoţia ca şi orice proces afectiv influenţează pozitiv sau negativ echilibrând sau dezechilibrând procesele de cunoaştere, de la nivelul structurilor moleculare până la cel al percepţiilor şi senzaţiilor, până la structurile superior eleborate intelectuale sau ale conştiinţei cu întreg ansamblu de sensuri şi semnificaţii conferite trăirilor individuale existenţiale.

Din punct de vedere neurofiziologic, emoţia ţine predominant de structurile şi funcţiile subcorticale şi este supusă controlului cortical, însă structurându-se dominant cu sens pozitiv, ascendent ea poate influenţa optimal relaţiile funcţionale cortico-subcorticale sau le perturbă în sens paradoxal sau ultraparadoxal în raport de nivelul de parabiotizare a acestor structuri, de nivelul şi

calitatea reactivităţii substratului morfo-funcţional dinamic cerebral al fiecărui subiect în parte.

Afectivitatea se constituie după opinia noastră ca o adevărată placă turnantă, care operează trecerile, metamorfozele, simbolizările etc. dintre structurile sinelui, eului şi supraeului, la nivelul căreia se interferează emergentiv şi imergentiv structurile arhi şi paleopsihice cu cele imergentive noopsihice, intelectuale, conştiente, valorice, după cum tot aici au loc fenomenele bazale ale proceselor şi mecanismelor de apărare psihologică primară inconştientă ca bază pentru apărările Eului şi elaborarea lor superioară conştientă.

În ce priveşte *frica*, aceasta este o stare de afect - adică o emoţie de mare intensitate cu durată în genere mai mult sau mai puţin scurtă - care apare şi *se manifestă în faţa unui pericol cu semnificaţie vitală negativă reală.* Am ţinut să subliniem aceasta pentru că *frica în cazul fobiei apare, se fixează şi se manifestă în raport cu un obiect, fiinţă, situaţie etc. care nu au prin ele însele semnificaţia unui pericol vital real, pacientul fiind conştient de această particularitate dar nu-şi poate stăpâni frica.*

Fie într-un caz, fie în celălalt al fobiei unde pericolul vital nu este real, frica reprezintă o modalitate de reacţie protoafectivă, primară, primitivă. Frica se leagă în modul cel mai obişnuit de instinctul de conservare, însă în câmpul afectiv al fricii în afara instinctului de conservare pot să se manifeste alte forţe şi tendinţe cum ar fi instinctul de proprietate sau cel sexual centrate în jurul eului biopsihic, generate paradoxal sau nu de la nivelul sinelui, protecţia şi proiecţia acestora periclitând subiectiv şi paradoxal existenţa fizică, morală sau socială a persoanei.

Apariţia unei primejdii reale ca în cazul fricii, sau considerarea unui obiect sau situaţii ca primejdioase ca în fobie, mobilizează forţele de apărare fie în sensul comportamentului de evitare sau de ocolire a barierelor, a situaţiilor periculoase, iar dacă intensitatea forţelor de apărare este mobilizată excesiv atunci poate să apară paradoxal starea de panică şi de fugă. În acelaşi timp sunt mobilizate manifestările vegetative simpatice sau parasimpatice, endocrine şi umoral-metabolice ca şi cele musculare (tonice posturale, cinetice). Cele descrise aici sunt formele stenice, active hipertonice ale fricii, dar se pot manifesta formele astenic-pasive, hipotonice ale fricii, cu îngustarea câmpului afectiv, cu incapacitate de mobilizare a energiilor, în care caz apare ictusul emoţional, scurt-circuitarea afectivă cu secţionarea legăturilor cu lumea, de unde

paralizia, spasmul, sincopa. Pe plan psihic frica determină sentimentul de tensiune, de aversiune, îngustarea câmpului perceptiv şi prosexic, accelerarea sau încetinirea proceselor de gândire şi judecată, „confuzia ideilor şi judecăţii, accelerarea sau încetinirea judecăţilor şi a deciziilor, o masă vagă de senzaţii şi lipsă totală de autocontrol, pierderea conştiinţei etc.". (V. Pavelcu - *Cunoaşterea de sine şi cunoaşterea personalităţii* - Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1982, p.137).

Tipurile imature datorită hipersensibilităţii lor bazale fragilizate multifactorial mobilizează mai multă energie decât le este necesară în faţa unor situaţii primejdioase reale sau considerate astfel, energii excedentare care se canalizează imergentiv în domeniul visceral şi postural şi emergentiv în domeniul ideo-afectiv într-un circuit închis cu vulnerabilizarea paradoxală biopsihică.

Frica deci este o reacţie emoţională primară de mare intensitate şi în genere de scurtă durată deci de tipul afectului, reacţie care apare pe nepregătite, ca o surpriză, care-l cuprinde pe subiect în faţa unei situaţii primejdioase reale la care nu se aştepta şi în faţa căreia reacţionează spontan prin mecanism reflex, şi deci răspunde prin mijloace reflexe apropiate de organic. Fiind o stare emoţională de mare intensitate şi relativ de scurtă durată, frica angajează intens reactivitatea vegetativă şi întreg sistemul psihic pe care-l zdruncină în sensul răspunsului intens la un semnal grav de alarmă care dezorganizează viaţa psihică fie în sensul deinhibării sau a inhibării (paralizării) sale. *Această perturbare care angajează simultan psihicul şi organicul luate prin surprindere de un pericol cu semnificaţie vitală în faţa căruia personalitatea a intrat în totalitatea sa în alertă, lasă în urma sa un grup sau complex simptomatic reactiv separat care constă în modificări sistemice vegetative, endocrine, umorale, senzitive, senzoriale, motorii, verbale şi ideo-afective. Frica prin fixare şi condiţionare repetată poate trece în fobie acompaniată de angoasă şi comportament de evitare.* Precizăm deci că frica aşa cum a fost prezentată mai sus este o *reacţie reflexă emoţională intensă şi normală* la un obiect, fiinţă, persoană sau situaţie, eveniment, fenomen natural sau social, care reprezintă prin ele însele *un pericol real cu semnificaţie vitală pentru subiect.*

Pe de altă parte odată ce încetează să mai existe situaţia, obiectul, persoana, evenimentul sau fenomenul cu caracter de pericol vital sau primejdios, frica încetează şi eventual poate să nu se mai repete. În situaţii excepţionale cu caracter repetitiv poate interveni, prin mecanisme de echilibrare adaptativă sau de obişnuinţa în faţa

pericolului vital - aşa cum este cazul combatanţilor în timp de război sau în profesiile a căror practicare implică apariţia imprevizibilă a unei situaţii primejdioase - frica să nu se mai manifeste. Cu alte cuvinte *frica ca fenomen adaptativ reflex normal oricât de intensă ar fi în raport de ceva periculos nu are în genere caracter repetitiv, nu se constituie în mod anormal într-un cerc vicios, patologic chiar dacă lasă în structurile psihice o urmă negativă constituită cicatriceal sub forma unui grup de modificări sistemice aşa cum au fost ele descrise mai sus.*

Fobia are caracter circumstanţial repetitiv şi apare la reapariţia obiectului, fiinţei sau situaţiei fobogene, fiind în acelaşi timp o manifestare predominant emoţională anxioasă, dar care în acelaşi timp nu poate fi despărţită de rezonanţa profundă biopsihică şi de componenta ideativă, toate diferenţiate individual şi acompaniată de comportamentul de evitare a situaţiei fobogene.

În opinia noastră fobia nu poate fi considerată ca fiind numai un răspuns reflex emoţional, afectiv sau numai intelectual, reflexiv, semnificativ ci reprezintă un răspuns al întregii personalităţi dotată cu o structură afectivă bazală fragilă constituţional sau dobândită existenţial, fobia având grade diferite ca intensitate în ce priveşte manifestările şi deasemenea calitativ ea se poate exprima sub o gamă diversă de reacţii psihice, de la cele reflexe până la cele reflexiv-semnificative, iar în unele cazuri până la stări de obnubilare a conştiinţei de tipul unor reacţii crepusculare.

În 1895, Freud sublinia necesitatea distingerii obsesiilor adevărate de fobii, pe baza mecanismului lor psihic şi etiologic, în sensul că *obsesiile* sunt dublate de *anxietate* iar *fobiile* de *angoasă*. Gebsattel (1954) distinge din punct de vedere psihopatologic *fobiile propriu-zise* - care sunt situaţionale - şi pe care le numeşte *fobii psihastenice* - şi *obsesiile fobice* care sunt ideice, nesituaţionale şi pe care le denumeşte *fobii anancaste (obsesive).*

Referitor la distincţia pe care o efectuează S. Freud în sensul că *obsesiile cel mai adesea se acompaniază de anxietate, iar fobiile sunt acompaniate de angoasă* ca şi precizările lui S. Freud formulate în 1895 ne amintesc de formulările lui Brissaud apărute în 1890 când autorul distingea *angoasa* de *anxietate.*

Angoasa comportă în mod particular reacţii neurovegetative: *respiratorii* (tahipnee, dispnee etc.), *cardiace* (tahicardie, bradicardie, paloare, înroşirea tegumentelor etc.), *digestive* (constricţie gastrică, uscăciunea mucoasei bucale), *transpiraţii, urogenitale* etc. Cu alte cuvinte angoasa va implica

reacţii vegetative simpaticotonice, vagatonice, amfotonice etc. Deci reacţiile predominant omatice însoţesc angoasa. De aici ar urma să considerăm, şi nu fără temei, că *angoasa însoţeşte predominant fobia*, angoasa fiind mai mult trăită decât gândită, mai mult somatică decât psihică.

Anxietatea spre deosebire de angoasă este mai mult gândită, reflexivă decât trăită organic.

Această distincţie este particulară doar pentru psihiatria franceză, în timp ce în psihiatria germană este utilizat termenul de *Angst* iar în cea engleză şi americană de *Anxiety* termeni care desemnează nediferenţiat atât angoasa cât şi anxietatea.

În ce ne priveşte noi considerăm că fobia la fel ca şi frica este cu mult mai apropiată şi acompaniată de componentele organice de reactivitate ale personalităţii, comparativ cu obsesia care are un acompaniament predominant reflexiv şi chiar dacă nu este lipsită de componentele viscero-vegetative acestea nu sunt atât de intense aşa cum se întâmplă cu atacurile de panică ce pot însoţi indisociabil fobia şi în particular agorafobia. Dominanta fobică este se pare mai inertă în raport cu dominanta obsesivă. Acest punct de vedere este interesant expus fenomenologic de E. Pamfil.

Ce se ascunde prin urmare în spatele unei fobii în plină desfăşurare? Aşa cum observă E. Pamfil şi D. Ogodescu (1967), „În fobie polul patologic nu e înscris pe coordonate de forţă (ca în obsesie), ci pe o *repetiţie* absurdă în care coroborarea, descifrarea şi depăşirea problemelor de adaptare nu se mai pot întâmpla. Deci fobicul este un fel de „experimentator" al absurdului, al inutilului şi stupidului care nu-şi poate folosi concluziile ... fiindcă ele nu ajung să fie trase! Teama e mereu prezentă şi fobicul are concluziile gata, dar în loc să le dea la o parte ca pe nişte absurdităţi neviabile, le reia de la început printr-un mecanism obsesiv-iterativ", dominant şi irepresibil.

Teoretic, orice subiect, element, fiinţă, persoană, situaţie, însuşire, eveniment, fenomen, spaţiu, timp, viaţă socială, acţiune, concept, stare sufletească poate genera fobii, dar în practică, o clasificare a fobiilor este aproape imposibilă şi, la urma urmelor, oarecum inutilă cu atât mai mult cu cât diferitele fobii au o frecvenţă extrem de variabilă şi tipuri sau modalităţi de exprimare aproape infinite. Dintre fobii, agorafobia, claustrofobia, ereutofobia, nosofobia, tanatofobia se întâlnesc cel mai adesea în clinica psihiatrică; alte fobii se întâlnesc extrem de rar, deoarece alunecarea, „alegerea" sau metamorfozarea fobică a obiectului asupra căruia se

centrează, se concentrează şi se fixează anxietatea sau angoasa este în funcţie de ansamblul concret al obiectelor, fenomenelor şi situaţiilor din lumea înconjurătoare ca şi de calitatea reactivităţii ideo-afective a individului respectiv, de particularităţile de reactivitate ideo-afectivă a întregii personalităţi, a fiecărui individ în parte care trece „din planul de constatare în acela de folosire. Se realizează mereu o alunecare (patologică) a posibilului înspre „foarte probabil" (E. Pamfil, D. Ogodeascu) şi imprevizibil.

Clasificarea clinică a fobiilor

S-au făcut numeroase clasificări ale fobiilor, după diverse criterii care s-au dovedit insuficiente pentru a cuprinde fobiile în toată varietatea lor, dacă se are în vedere că tot ceea ce are existenţă obiectivă sau subiectivă poate constitui o sursă cu potenţialitate fobogenă.

Odată cu afirmarea psihiatriei ca ştiinţă şi acumularea cunoştinţelor de genetică şi de psihologie genetică, fobia ia valoare de simptom patologic independent şi se separă distinct în cadrul nevrozelor şi totodată comparativ cu fenomenele delirante, dar va rămâne totuşi strâns legată de obsesie, mai ales în dinamica relaţiilor obsesivo-fobice. În această perioadă se realizează fecunda eflorescenţă a remarcabilelor descrieri clinice ale tuturor formelor şi categoriilor de fobii şi de obsesii, fiecare simptom fiind analizat şi izolat prin conţinutul său propriu. Eforturile de cunoaştere prin analiză şi sinteză au determinat ierarhizări şi tentative de clasificare, dintre care cele mai interesante par a fi cele elaborate de Pitres şi Régis care, în studiile lor ample de analiză şi de efort remarcabil de sinteză au insistat şi asupra fobiilor „accidentale" apărute sub influenţa unor emoţii negative în condiţii de epuizare prin surmenaj, boli somatice etc. Pitres şi Régis disting: a) *fobia de obiective şi de acte*; b) *fobia de locuri, de elemente, de boli, de moarte*; c) *fobia de fiinţe vii*.

E. Régis descriind fobiile arată că în mod practic tot ceea ce există sau poate fi reprezentat pe plan mintal, se poate constitui ca element generator al unei fobii, deci ca element fobogen sau obsesiv, şi de aceea, o clasificare a fobiilor este nu numai imposibilă dar şi inutilă. Totuşi, pentru clinică o atare clasificare corespunde unor

necesităţi atât teoretice cât şi practice. Astfel, în cele ce urmează redăm, după clasificarea lui E. Régis, unele dintre cele mai frecvente fobii:

a. *Fobiile de obiecte şi de acte. Fobiile de obiecte* pot fi tot atât de numeroase pe cât de nenumărate sunt obiectele cu care omul vine în contact. Citărn în acest sens: metalofobia, belenofobia, rupofobia, misofobia, toxicofobia, aihmofobia, hematofobia etc. *Fobiile de acte* se leagă de obiectele asupra cărora sau cu care se acţionează. Aici sunt cuprinse inclusiv fobiile profesionale care prin grevarea angoasantă, împiedică bolnavul să-şi realizeze obligaţiile socio-profesionale. De menţionat că unele fobii profesionale sunt în relaţie cu fobia de locuri, elemente, boli etc. sau de fobiile generate de contactul cu fiinţele vii etc.

b. *Fobiile de locuri şi elemente, de boală şi de moarte. Fobiile de locuri* sau *topofobiile* se raportează la: agorafobie, claustrofobie, clitrofobie, aerofobie, cremnofobie, vicofobie, amaxofobie, siderodromofobie etc. *Fobiile de elemente*: aerofobie (anemofobie), hidrofobie, patomofobie, talasofobie, pirofobie, geofobie, cheimofobie, brontemofobie, astrapefobie, aerofobie, chinofobie, kenofobie, nictalofobie, keronofobie etc. *Fobiile de boală* (nozofobiile) şi *de moarte* (tanatofobia) se raportează la:

1) *morfofobii* se raportează în general la *dismorfofobii* (Morselli) ce privesc anomaliile corpului, feţei, extremităţilor etc. (actualmente fiind considerate într-un capitol separat de patologie psihică);

2) *fiziofobiile* privesc teama pentru funcţiile, stările şi actele fiziologice: respiraţie, somn, deglutiţie, ereutofobie, ephidrofobie, apopatofobie, urinofobie, stazofobie, bazofobie, stazobazofobie, logofobie, grafofobie, hipografofobie, enduofobie etc.;

3) *algofobiile* cu toate varietăţile lor;

4) *nozofobiile* (*patofobiile*) se raportează la fobiile pentru diverse boli: epidemiofobie, dermatofobie, microfobie (bacilofobie), ftiziofobie, sifilofobie, ginococofobie, histerofobie, hipnofobie, psihopatofobie (manifobie), cardiofobie (angiofobie), glosofobie, enterofobie, odontofobie, spermatoreofobie, tremofobie (Meige) etc.;

5) *tanatofobie* sau frica de moarte.

c. *Fobia de fiinţe vii*, ca de exemplu: antropofobii, ginofobii, androfobii, pedofobii, gerontofobii, xenofobii etc., sau de animale, cinofobie, galefobie etc.

Această clasificare, așa cum subliniază E. Régis, nu are o valoare nosologică și în plus, o fobie poate intra, în raport de contextul la care se referă, în toate cele trei categorii, așa cum s-a menționat la fobiile pentru acte după cum, de exemplu, orice nosofobie poate fi în toate categoriile clasificării de mai sus, tot așa cum *în fond toate fobiile se reduc în ultimă instanță la frica de moarte (tanatofobia)* până la obsesionalizarea acesteia. În orice fobie, pe de altă parte, poate apare frica de frică (fobofobia), mai mult sau mai puțin evidentă, iar în clinică rar întâlnită ca atare.

S. Freud (1895) admite trei clase de fobii:

1) fobiile traumatice care evidențiază îndeosebi isteria;

2) fobiile comune care constau în frica de întuneric, singurătate, boală, moarte;

3) fobiile de situație (împrejurări) ca agorafobia etc.

În concepția psihanalitică fobia ar fi expresia metamorfozată, elaborată și circumscrisă, legată de un obiect, situație etc., a nevrozei de angoasă în care anxietatea era inițial flotantă și resimțită ca un pericol interior, rezultat al unei refulări al unui conținut sexual.

Morrel (1895) efectuează o clasificare ce are în vedere reactivitatea subiectivă ideo-afectivă trăită în raport cu elemente fobogene, distingând următoarele trei grupe:

1) fobii referitoare la tulburările senzitivo-senzoriale (atingere, simț muscular, vedere, auz, gust, miros);

2) fobii de percepție sau imaginație;

3) fobii referitoare la tulburarea sentimentelor și ideilor.

Așa însă cum observă P. Janet, în această clasificare se acordă un loc insuficient perturbării actelor și sentimentelor și de aceea, autorul reunind „clasificarea după natura obiectelor și clasificarea după tulburările psihologice", propune următoarele patru grupe de fobii:

1) *algiile sau fobiile corpului* care au punctul lor de plecare în însăși corpul subiectului și sunt determinate îndeosebi prin referire la percepțiile simple;

2) *fobiile de obiecte*, care au punctul lor de plecare în percepția obiectelor exterioare și sunt determinate mai ales prin tulburarea acțiunilor;

3) *fobiile de situații* în care tulburarea emoțională nu este determinată prin vederea unui obiect simplu ci prin percepția unui ansamblu de circumstanțe care constituie situația actuală a subiectului;

4) *fobiile de idei*, în care o gândire chiar abstractă, e suficientă pentru a aduce emoţia intensă şi dureroasă: atenţia, judecata, convingerea sunt mai ales în cauză (P. Janet, 15, p.191-2).

De remarcat că în toate aceste fobii componentele afective angoasante şi anxioase ca şi cele ideative se conexează inextricabil şi la diferite nivele de structurare ierarhică intrapsihică, astfel că este dificil, a disocia în fobiile intelectualizate una de alta componentele afective de cele ideative şi respectiv disocierea fobiei de obsesie. *Poate că în cadrul cuplului indisociabil obsesivo-fobic ar fi mai corect să accentuăm asupra elementului predominant obsesiv şi, predominant fobic.*

Există deasemenea o clasificare interesantă dată de Calvi şi Carguello, de orientare fenomenologică, pentru care obiectul fobogen poate fi „terifiant" sau „impur".

Ameninţare "a nu avea puterea să..."		**Contaminare "a avea asupra sa ceva ce nu se poate elimina"**	
Prototeme de spaţialitate		**Prototeme de mondenitate**	
larg	obscur	impur	contagios
clar	plin	murdar	dezgustător
gol	profund		
strâmt	înalt		
Teme cosmice		**Teme contagioase**	**Teme dezgustătoare**
tunet	cutremur	patogen	descompus
fulger	vânt	miasmis	lipicios
soare	noapte	microbic	
Teme de pericol		**Tema tulburătorului**	
tăios		sângeros	
penetrant		spermatic	
		moale	
Întâlnire cu *terifiantul*		**Întâlnire cu *impurul***	
"vertij" existenţial		"dezgust" existenţial	

În primul caz este vorba de o nevroză fobică, cu pericol în faţa exigenţei prevalente a pulsiunii, în al doilea caz, o nevroză obsesională cu pericol în faţa exigenţei prevalente a legii.

Temele din coloana din dreapta şi tot ceea ce li se raportează sunt astăzi excluse din cadrul fobiilor. În 1895, Freud va

limita câmpul fobiei, care face această entitate particulară numită de el *isteria angoasei*. El afirmă că:

1. în obsesie există ideea unui pericol interior impus bolnavului, pe când în fobie este vorba de un pericol exterior, cu suport palpabil concret;
2. starea emotivă asociată este distinctă - în obsesie apare *anxietatea, îndoiala*; în fobie apare *angoasa.*

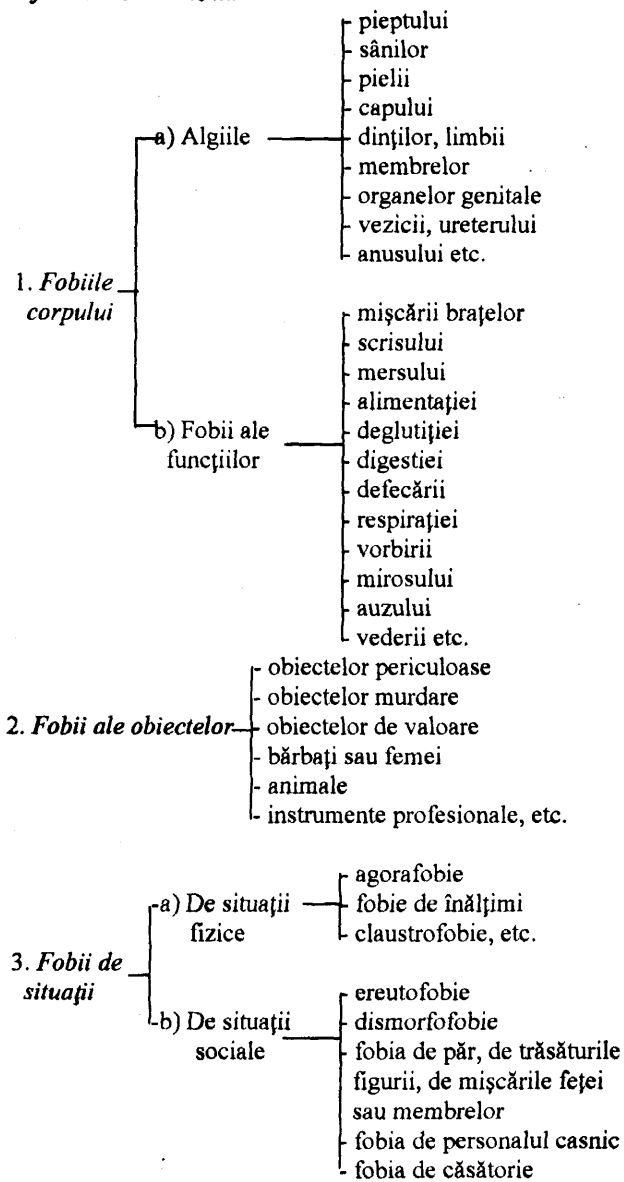
Din punct de vedere al obiectului fobogen, prima categorie *„terifiant"* necesită prezenţa concretă a obiectului pentru a izbucni angoasa. A doua categorie, *„impur"* este o noţiune de valoare, necesitate a unei instanţe morale de interzicere a unei legi pentru a decide ceea ce poate fi impur; angoasa se poate naşte în absenţa obiectului contaminat, în faţa simplei „idei de murdărie". Temele din coloana dreaptă numai ar aparţine fobiilor.

Din punct de vedere al subiectului, în primul caz (prezenţa obiectului fobogen, terifiant) este vorba de o ameninţare în faţa pericolului care riscă să apară; legea care *„nu va pedepsi decât dacă ..."* interzice ca dorinţa sau ocazia temută să se împlinească. Subiectul încremenit de stupoare *„nu are putere să ..."*. Este fenomenul de inhibiţie.

În al doilea caz (obiectul fobogen impur) este vorba de contaminare: subiectul este deja contaminat, crima deja comisă, dorinţa a dezonorat cuvântul. Morala va veni să pedepsească subiectul, obligându-l să acţioneze pentru a şterge greşeala comisă, dar totul fără succes. Exemplul - în acest caz - este pata de sânge a lady-ei Machbet care îşi spală frecvent mâna pătată de sânge.

P. Janet sistematizând agitaţiile emoţionale de tip fobic, le clasifică în virtutea criteriilor enunţate. În concepţia sa fobiile şi obsesiile sunt înglobate în noţiunea de psihastenie în care „agitaţiile forţate pot fi mentale (obsesiile), sau emoţionale, şi deci difuze (angoasele) sau sistematizate (fobiile). În ce priveşte funcţia motrice, fobia este faţă de psihastenie ceea ce paralizia este faţă de isterie ... o „specializare a insuficienţelor psihologice care sunt prin natură sau au devenit prin accident, cele mai dificile" (apud F. Perrier şi C. Conte). Redăm în cele ce urmează clasificarea efectuată de P. Janet a agitaţiilor emoţionale de tip fobic, schemă pe care o considerăm că îşi păstrează în cea mai mare parte actualitatea:

A. ***Cu formă sistematizată***



4. *Fobia de idei...* — de idei religioase
- de idei morale
- de ideea morţii
- de ideea de boală etc.

B. ***Cu formă difuză***

1. *Angoasele fiziologice* — digestive
- circulatorii
- respiratorii etc.

2. *Angoasele mentale*

Suntem înclinaţi să considerăm că multe dintre fobiile corpului (algiile şi fobiile funcţiilor) din clasificarea de mai sus se apropie de manifestările isterice sau ipohondriace care pot interfera, prin mecanismul de deplasare spre interior a angoasei, nevroza obsesivo-fobică într-un mod intens dar neevident şi care se cer descifrate cu subtilitate particulară.

P. Guiraud (1950) distinge următoarele tipuri de fobii:

Fobii de obiecte (arme, obiecte murdare, ascuţite, sânge);

Fobii de locuri (prăpăstii, spaţii goale, spaţii închise, cimitire, căi ferate etc.);

Fobii de boli (microbi, contagiuni transmise sau primite, boli interne, în special boli veneriene şi mai ales fobia de nebunie);

Fobii de elemente (apă, mare, tunet, obscuritate etc.);

Fobii de fiinţe vii (păianjeni, pisici, şerpi etc.);

Fobii de funcţii organice (somn, mers, respiraţie, deglutiţie, înroşirea feţei etc.);

Fobii de relaţiile sociale (fobia de a nu pronunţa cuvinte grosiere, de a comite impolitеţe, de uitari, de erori, de crime etc.);

Fobii morale şi religioase (scrupule, false mărturisiri, false comunicări, sacrilegii etc.).

P. Pichot adoptând clasificările clasice care aveau în vedere pe de o parte conţinutul neliniştii şi pe de altă parte fenomenul fobogen, distinge a) după primul criteriu cazuri când *teama este fără conţinut*, panofobie (pantofobie), frică universală sau fobie difuză, adică subiectul aflat în faţa situaţiei fobogene este cuprins de un

„atac de neliniște" flotantă (plutitoare), intensă și difuză, atematică, teama exprimându-se ca o frică de toate și de nimic (Th. Ribot) și b) cazuri când *teama are un conținut*, adică fobicul se gândește la ceva neplăcut, periculos ce s-ar putea întâmpla atunci când se află în fața obiectului sau situației determinate ce îi declanșează neliniștea. În acest caz ar fi vorba de *fobiile sistematizate* sau *monofobiile* lui E. Régis. De exemplu, claustrofobul, închis într-o cameră se teme că ar putea surveni un incendiu și nu s-ar putea salva sau că are aer prea puțin și ar fi posibil să se sufoce. În acest ultim grup autorul include și *fobiile de impulsiune* care înseamnă frica de a nu comite un act care să-i pericliteze existența sa însăși (teama de a nu se arunca pe fereastră - frica sau fobia de defenestrare - sau frica, teama de a nu comite un act impulsiv, periculos pentru cei din preajma sa. După al doilea criteriu - al conținutului fenomenului fobogen - fobiile sunt clasificate în: *fobii de situații* - agorafobia, claustrofobia, fobia de mijloace de transport etc. și *fobii de obiecte* - ca de exemplu, fobii de obiecte ascuțite, de animale etc. sau cu alte cuvinte *fobii specifice*.

L. Michaux, utilizând criteriile clasificărilor lui E. Régis și pe cele ale lui P. Janet, descrie: *fobii sistematizate, fobii difuze sau pantofobii* și *fobii de impulsiune*. Fobiile sistematizate le clasifică în următoarele „capitole posibile": *fobii de contact și de obiecte, fobii de situație, fobii sociale și profesionale* și *fobiile de impulsie*, iar temele fobice cele mai frecvente - după acest autor - sunt următoarele: *fobii de locuri și elemente* - topofobie, agorafobie, fobia munților, a ascensiunilor, a trenurilor (de care era atins și Freud), fobie de apă, de foc, de noapte (întuneric) etc.; *fobii de obiecte și atingeri* - cuțite, foarfeci, stofe, pulberi, pete etc.; *fobii de unele animale* care se asociază cu fobiile de boli, microbi, murdărie; *fobii de contacte umane directe sau indirecte*: de mulțime, de privire, de contaminare etc.; *fobii de unele funcții organice* - bazofobia, eritrofobia, fobii sfincteriene sau genitale și, în sfârșit, *algofobii și nosofobii* - teama de durere, de moarte, de necunoscut, de mister etc. Clasificarea lui L. Michaux cuprinde, aproximativ aceleași elemente sistematizate încă de P. Janet și pe care noi le-am întâlnit destul de frecvent în observațiile clinice.

Psihiatrii au stabilit cu sagacitate particulară o vastă nomenclatură a fobiilor, considerată drept o adevărată „grădină a rădăcinilor grecești" și aceasta pentru că denumirea oricărei fobii se realizează plecând de la *rădăcina* cuvântului grecesc la care se adaugă sufixul *fobia* .

Ceea ce caracterizează fobiile este stricta lor contemporaneitate sau concomitenţă cu obiectul, situaţia, acţiunea etc. care le ocazionează sau le generează, pentru ca în momentul în care dispare agentul sau situaţia fobogene să dispară şi neliniştea. Această caracteristică de concomitenţă şi contemporaneitate a prezenţei obiectului sau situaţiei fabogene şi declanşarea fobică, permite diferenţierea *fobiei* de *obsesia fobică*, aceasta din urmă caracterizându-se prin apariţia în câmpul conştiinţei a neliniştii, atunci când se impune pe planul mintal reprezentarea sau ideea repetitivă şi asediatoare că s-ar putea afla în faţa obiectului sau a situaţiei generatoare de nelinişte sau anxietate, deşi obsedatul are ca şi fobicul convingerea caracterului anormal al fenomenului pe care-l trăieşte şi împotriva căruia spre deosebire de fobic, luptă împotriva acestui fenomen.

Fobia trebuie diferenţiată şi de *pseudofobie* în care caz intervine un mecanism asociativ. Se consideră că cele mai multe din fobiile copilăriei sunt pseudofobii. În nevrozele anxioase, angoasa flotantă se fixează, mai corect atinge doar tranzitoriu prin mecanism asociativ, mobil, obiectul sau situaţia fobogenă, fără a-şi însuşi caracterul specific fobiei de localizare şi circumscriere prin funcţia de apărare, a deplasării angoasei pe un obiect sau situaţie specifică şi totodată evitabilă.

Unii autori sunt de părere că rezervoarele primare ale fobiei sunt saturate intern, intens şi inconştient de anxietate - angoasă, cu grade diferite de intensitate şi de exprimare deghizată şi simbolizată, aceasta putând fi plutitoare, flotantă, (*anxietate flotantă*) adică fără conţinut, şi deci atematică, fără obiect determinat precis, ca în nevroza anxioasă sau dimpotrivă, *anxietatea se poate fixa pe un obiect precis (anxietate legată, fixată) sub formă de fobie veritabilă, morbidă, sistematizată, ca frică sau repulsie angoasantă faţă de un obiect, element, fiinţă, persoană, situaţie, însuşire, eveniment, fenomen, spaţiu, timp, viaţă socială, relaţie, acţiune, stare sufletească, concept etc. şi care nu justifică prin ele însele o astfel de emoţie*. De aceea, se impune un diagnostic diferenţial, în primul rând între fobie şi neliniştea (frica) flotantă (floating fear), care este particulară nevrozei anxioase sau de panică. Această nelinişte se poate situa pe circumstanţe ocazionale, situaţie care aşa cum am văzut mai sus, o apropie de pantofobie sau de pseudofobie după cum, de asemenea, se poate fixa pe diferite segmente sau funcţii corporale vorbindu-se în acest caz de multe ori de nelinişte (anxietate) de tip ipohondriac, ceea ce impune deasemenea diferenţierea clinică a

ipohondriei de nosofobie şi respectiv a nevrozei fobice de nevroza ipohondriacă. O serie de psihiatri sunt înclinaţi să considere că nosofobia nu este o fobie adevărată ci mai curând varietatea unei manifestări a ipohondriei anxioase (sifilofobie, cancerofobie etc.) şi remarcă posibilitatea existenţei şi apariţiei obsesiilor nosofobice veritabile cu o incidenţă mult mai rară sub raport clinic.

V. Predescu consideră fobia de boală (nosofobia) ca o frică intensă de îmbolnăvire centrată pe supoziţia existenţei unor boli grave, ca de exemplu, cancerul, bolile de inimă, sifilisul etc. sau, fobia este consecinţa unei organizări reactive în jurul unor boli fizice cu existenţă reală sau ca o manifestare psihopatologică morbidă ce apare după unele crize de epistaxis, vertij, criză de astm etc. Acelaşi autor atrage atenţia privind *nosofobiile iatrogene*, apărute ca efect al inducţiei negative în cursul unei consultaţii sau ca urmare a unei propagande sanitare - necesare pentru realizarea deziderateIor medicinii omului sănătos -, dar cu efecte iatrogenizate atunci când răspândesc inadecvat cunoştinţele despre boli grave în rândul populaţiei de către specialişti, eventual chiar reputaţi din punct de vedere profesional, dar mai puţin avizaţi asupra unor aspecte de psihosociologie. În acest caz cancerofobia este mai frecventă la persoanele care nu prezintă această boală şi într-o proporţie, cu totul nesemnificativă printre bolnavii care suferă de un tip de cancer precis diagnosticat. De cele mai multe ori cancerofobia este relevată accidental de către psihiatri, deoarece, concerofobicii se prezintă în primul rând la medicul omnipractician acuzând o simptomatologie dominată, în general, de acuze diverse centrate pe nervozitate, irascibilitate, dureri abdominale, constipaţie, cardialgii, tuse, fenomene astmatiforme, uscăciunea mucoaselor etc., pacientul, în realitate, fiind neliniştit şi anxios, motiv pentru care solicită în realitate consultul medical, dar mai puţin neliniştit şi anxios ca un nevrotic prezentând fobie de cancer.

În aceeaşi categorie de fobii, autorul include tanatofobia, pentru că în ultimă instanţă orice fobie are în subsolurile sale profunde, într-un fel sau altul, frica de moarte.

Fobia difuză, sistematizată, fobia veritabilă este un simptom care se centrează cu precizie pe un obiect sau situaţie considerată periculoasă şi care conferă coloratură particulară sindromatică tabloului clinic al nevrozei fobice. Fobia ca simptom însă poate fi întâlnită în asociere cu alte simptome de împrumut în patologia mentală, începând cu isteria, nevroza obsesivă, în epilepsie, în depresia psihotică melancolică, în psihozele

schizofrenice, în psihosindroamele involutive sau în unele psihoze delirante etc. În aceste din urmă cazuri fobia apare încorporată şi înconjurată de haloul psihopatologic grav de invazie psihopatologică neoformativă cu efectul său dezorganizator particular psihozelor în cadrul cărora fobia se manifestă ca unul din semnele psihosindroamelor amintite.

Clinicienii remarcă autenticitatea fobiilor simptomatice întâlnite în unele forme de debut nevrotiform obsesivo-fobic ale schizofreniei, în care caz diagnosticul diferenţial se dovedeşte destul de dificil în absenţa unei minuţioase analize clinice şi a unei experienţe clinice îndelungate. Elementele psihopatologice care pledează pentru diagnosticul de schizofrenie sunt: anxietatea fobică puţin intensă pe care bolnavul o trăieşte totuşi detaşat, distant, chiar indiferent; fobia apare la o personalitate rece, detaşată afectiv, schizotimă, care preferă singurătatea sau izolarea, evitând din fire contactele şi relaţiile sociale. Acestor elememnte limitrofe li se adaugă semnele de debut paticulare nuclearităţii schizofrenice: scăderea randamentului profesional, disociaţia ideo-afectivă intrapsihică, apragmatismul, indiferentismul şi tulburările discordante ale gândirii şi afectivităţii, bizarerii, idei sau sentimente de influenţă xenopatică etc.

În unele stări melencolice dar îndeosebi în melancolia anxioasă, în faza de debut se pot întâlni fobii de impulsiune inexplicabile, iraţionale, care scapă controlului voluntar şi care se manifestă paroxistic la fiecare nou puseu de psihoză periodică, în timpul căreia anxietatea de deplasează asupra unui obiect, persoană, situaţie, element, fenomen etc., impulsiunea realizându-se cu o frecvenţă crescută cu atât mai mult dacă se conectează cu nuclearitatea autoacuzatorie.

Tot în melancolie pot apare fobiile de situaţii de mare intensitate cu efect incapacitant sau fobie moderată situaţională. Toate aceste fobii situaţionale apar în contextul sindromului melancolic constituit din depresie persistentă mai intensă înainte de prânz, recurentă, cu episoade consumate anterior, trezire matinală precoce. la ore mici, inhibiţie psihomotorie, lentoare ideomotorie, anxietate, delir autoacuzator, delir de negare, delir somatic, ipohondriac, anxietate, fenomene care apar în cazul *depresiei endogene* în absenţa unei situaţii psihostresante sau în prezenţa şi în relaţie comprehensibilă, cu stresul în cazul unei depresii psihogene. În acest caz fobia nu mai este considerată ca un fenomen parazitar, iraţional, iar tentativele de determinare de către anturaj a unor

comportamente de evitare a obiectelor fobogene rămân fără nici un rezultat, elementul fobic fiind inclus şi interconectat în ansamblul structural al simptomatologiei psihotice, fobia însuşindu-şi trăsăturile bazale melancolice, chiar dacă în tabloul clinic este prezentă inclusiv angoasa sau anxietatea.

Fobiile de impulsiune trebuie, de asemenea, diferenţiate de impulsiile adevărate, de obsesiile impulsive ca şi de unele impulsiuni izolate, cum ar fi cele ce se întâlnesc în cazul dromomaniei, piromaniei, dipsomaniei, exhibiţionismului etc.

Unele manifestări fobice discrete sau schiţări fobice, care nu au caracterul terifiant al anxietăţii, groazei sau repulsiei morbide, pot fi întâlnite la indivizi consideraţi normali, care recunosc caracterul lor iraţional dar le tolerează relativ sau aparent uşor, însă cu preţul unor diferite conduite de evitare prin care-şi decentrează angoasa, păstrând secretul existenţei acestor *manifestări fobice mascate* chiar şi faţă de cei mai apropiaţi membri ai familiei şi cu atât mai mult faţă de medic. Unele dintre aceste fobii sunt considerate de marele public ca manii sau comportamente aparte - termenul de manie fiind întrebuinţat încă de Esquirol în cadrul monomaniilor în care îngloba şi comportările de evitare de origine fobică, comportările compulsive şi ritualurile de origine obsesională. Multe persoane normale pot prezenta ocazional o stare, reacţie sau episod, de exemplu claustrofobic situaţional vizitând un loc subteran, o tavernă, o peşteră, o mină etc.

În ceea ce priveşte *pantofobia* cu caracterul său difuz, cu frica sa proteică, frică de toate şi de nimic, cu circumstanţializarea sa flotantă, aceasta se întâlneşte de asemenea frecvent în afara nevrozei fobice ca pseudofobie fiind cunoscută şi consemnată ca o menifestare clasică a bufeurilor confuzionale şi mai ales a delirului tremens în care proiecţia anxioasă este delirant-confuzivă. Pantofobia care apare în cursul nevrozelor de angoasă şi în care aceasta este deasemenea o manifestare pseudofobică, deoarece angoasa se deplasează substitutiv eşuând accidental, difuz şi temporar pe un obiect extern. Doar atunci când apare fixată durabil pe un obiect în cursul nevrozelor fobice decompensate anxios, pantofobia face parte indisociabilă din grupul sindromatic al fobiilor adevărate, aflându-se în substratul, în profunzimea fiecărei fobii.

Psihopatologic, fobiile propriu-zise sunt de natură predominant situaţională, legate de contactul direct cu lumea înconjurătoare, de perceperea senzorială a acesteia, ceea ce le deosebeşte, se pare, specific de *obsesiile fobice* care sunt

predominant nesituaţionale şi în mare măsură organizându-se pe planul conştiinţei chiar dacă obiectul fobogen este evitat sau absent. În timp ce *fobia nu poate fi despărţită de situaţionalitate şi circumstanţialitate, obsesia, dimpotrivă, nu se organizează după principiul prezenţei „aici şi acum" a obiectului din mediul înconjurător*, asistând clinic la o detaşare sau „abstragere" aparentă din problematica actuală exterioară, dar centrând-o şi concentrând-o predominant şi polar asupra problematicii tensionate interioare, intrapsihice de care este asediat şi împotriva căreia luptă activ. Fobicul se plasează în exterior pentru a înlătura printr-un comportament de evitare obiectul ce determină tensionarea sa interioară, în timp ce obsesivul se centrează autopsihic şi nu poate scăpa prin alunecare sau fixare pe influenţele exterioare ci dimpotrivă luptând acerb împotriva asediului exercitat asupra conştiinţei de fenomenele obsesive.

Wallon a evidenţiat la fobici legătura dintre act şi structurarea (reprezentarea) spaţiului. Astfel, din punct de vedere fenomenologic psihopatologia fobiei este legată tot mai mult de psihopatologia „spaţiului trăit", considerându-se că fobiile propriu-zise sunt condiţionate de o prealabilă alterare a acestui spaţiu, cel puţin în cazul nevrozei fobice (M. Lăzărescu). *După opinia noastră fobiile legate de spaţiu (agorafobia, claustrofobia etc.) ţin desigur de psihopatologia „spaţiului trăit", însă această „trăire", reprezentare şi semnificare anxioasă sau angoasantă a spaţiului ţine se pare în mod predominant de modalitatea fragilă, vulnerabilă de structurare neuropsihofiziologică şi de organizare a perceperii şi reprezentării spaţiului şi în particular de semnificaţiile vital periculoase ce se edifică pe aceste scheme vulnerabile în relaţie cu structurile dinamice spaţiale concrete percepute de persoana fobică. Ar mai fi de observat că în cele mai multe cazuri de fobii de spaţiu este perturbată inclusiv perceperea anxioasă a timpului, fapt ce ne determină să considerăm că în fobiile de spaţiu este perturbat cuplul temporo-spaţial şi nu numai cel spaţial.* Toate acestea atestă faptul că în fobie, ca şi în cazul obsesiilor, elementul vulnerabil, fragil, sensibilizat etc., se află situat la nivelul unor structuri profunde arhi- şi paleopsihice, ceea ce ne determină să *considerăm că „trăirea" abnormă a spaţiului reprezintă un epifenomen, o consecinţă reverbativă perturbatorie cu sens emergentiv, care îşi are originea în perturbarea structurilor profunde ale personalităţii.*

Este interesantă în acest sens observaţia efectuată de noi pe animalele (pisici) domestice, crescute de la naştere încă doar în

condiţiile spaţiului unui apartament dintr-un bloc de locuinţe. După o perioadă de aproape un an, animalul a fost scos în spaţiul liber din jurul blocului, şi a fost surprinzătoare constatarea că de frica spaţiului enorm şi nou animalul s-a aşezat cu burta pe pământ lipindu-se total de locul pe care s-a alungit, cu privirea rătăcită şi miorlăind într-un mod sălbatec cu totul neobişnuit până atunci. Era aici o frică de spaţiul deschis acompaniată de reacţia instinctivă de frică ajunsă până la panică. Au fost necesare numeroase repetări a scoaterii animalului în spaţiul deschis spre a se obişnui cu acesta, însă nu rămânea singură ci doar în prezenţa unuia dintre membrii familiei în care se afla. Înfrângerea fricii de a fi de una singură în spaţiul deschis a fost realizată în perioada rutului, când dominanta instinctivă - hormonală, a învins dominanta fricii de spaţiu. Această constatare întâmplătoare cu „fobia de spaţiu" la animal ne-a atras atenţia asupra unor montaje stabile primare şi fragile care nu ar fi exclus să fie prezente şi la agorafobici.

Deşi fobia poate apare şi ca simptom izolat, ca monofobie sau ca fobie sistematizată (specifică), atunci însă când este vorba de un caz de nevroză fobică se relevă o structură simptomatică prevalent emotiv-anxioasă încadrată însă de diferite grade de intensitate de trăire a fricii în raport cu obiectul sau situaţia fobogenă, şi de reactivitatea individuală la care se adaugă o simptomatologie particulară complicată prin mecanismele psihice de apărare elaborate în funcţie de problematica trăirii lumii înconjurătoare individului, ajungându-se uneori, prin condiţionare, la desprinderea de elementele fobogene iar prin generalizare la anticipări anxioase (*anxietate anticipatorie)* cu organizări paradoxale şi uneori absurde fobo-fobice.

Caracterele clinice ale fobiilor

Caracterele clinice generale ale fobiilor se pot rezuma după opinia noastră (M. Ş.) după cum urmează:

1. Ele se constituie ca o manifestare anormală de tip psihogenetic, o *aberaţio mentis* - care se organizează şi se desfăşoară pe fondul clar al conştiinţei şi al păstrării discernământului cu referire la fenomenul morbid, asumat şi comentat de către pacient ca anormal.

2. Fobia se dezvoltă şi este trăită participativ în prezenţa *aici şi acum* a obiectului, fiinţei, fenomenului, situaţiilor fobogene, pacientul fiind totuşi conştient că factorii fobogeni nu au nimic periculos din punct de vedere vital prin ei înşişi.

3. Fobia ca fenomen funcţional cu toate mecanismele sale constitutive şi evolutive nu are motivaţii raţionale pentru pacient, şi cu toate că este capabil de a le analiza raţional nu le poate controla după modalitatea critică reală şi raţională pe care pacientul o păstrează.

4. Fobia este acompaniată indisociabil de anxietate şi îndeosebi angoasă fixată pe un obiect, fiinţă, fenomen, situaţie, însuşire etc. în raport de prezenţa, concomitenţa şi circumstanţialitatea acestora apărând frica şi metamorfoza fobică sub formă de stări sufleteşti sau concepte abstracte cu trăsături fobice.

5. Angoasa - care acompaniază indisociabil ca element structural şi fundamental fobia - nu are caracter specific în raport de tipul de fobie, dar se află în relaţie directă cu tulburările neurovegetative (concomitenţele vegetativ-viscerale ale fobiei).

6. Fobia are ca mecanism primar o temă similară trecută (şoc emoţional, conflict psiho-afectiv, stare lipotimică etc.) sau o teamă cu structură angoasată trecută dar metamorfozată în decursul dezvoltării individuale după mecanismele de apărare psihică evidenţiate de S. Freud cu particularităţi dominante, multiple şi variabile de la un pacient la altul (Pavlov, Uhtomski etc.).

7. Constelaţia psihopatologică a fobiei nu are stabilitate şi respectiv permanenţă, manifestările fobice având caracter remitent, periodic sau intermitent.

8. *„Scăderea tensiunii psihologice"*, (parabioza) şi în particular structura constituţional emotivă, favorizează apariţia fobiilor îndeosebi în condiţiile de suprasolicitare, oboseală, epuizare, conflicte psihologice etc. (P. Janet, I. P. Pavlov, Uhtomski, Anohin etc.).

9. Temele fobice - unice sau multiple - la acelaşi subiect depind de capacitatea de integrare ideo-afectivă, individuală, de calitatea reactivităţii structurilor biopsihice (arhi şi paleopsihice) ca şi a celor noopsihice ale fiecărei personalităţi în parte.

10. Fobia poate fi „copilul din flori" al nevrozei anxioase, fiul sau fiica nevrozei obsesive, copilul adoptat al isteriei, fratele vitreg al melancoliei, schizofreniei, paranoei, epilepsiei etc., sau mesagerul unor boli viscero-umorale în care caz fobia apare ca un simptom-semnal al unei patologii organice.

11. Fobia se află în relaţie cu spaţiul în care se află subiectul, se conexează cu şi se realizează prin acţiune, este legată de perceperea aici şi acum (*„hic et nunc"*) în câmpul vizual sau perceptiv prin care sunt implicate predominant mecanismele senzorio-motorii şi secundar cele ideo-afective.

12. Fobia se dezvoltă şi se integrează uneori fobiilor particulare copilăriei (frica de animale mari sau mici) care persistă la adult.

13. Păstrând discernământul asupra caracterului anormal al fobiei în perioada de decompensare critică, pacienţii se prezintă din punct de vedere psihologic normali în perioadele intercritice.

14. Fobicul dezvoltă în perioada critică un comportament anxios-angoasant elaborând *conduite contrafobice de evitare, reasigurare sau fuga înainte din faţa obiectului sau situaţiei fobogene*, elaborând totodată măsuri de asigurare prin căutarea unor situaţii securizante împotriva angoasei fixată pe obiectul fobogen. Din conduitele contrafobice cu expresivitate á minima fac parte inclusiv unele conduite superstiţioase.

15. Fobicul îşi manifestă frică în sector - adică în raport cu obiectul, situaţia, evenimentul fobogen, în rest comportându-se normal, iar intercritic manifestându-se chiar ca un om curajos.

16. Fobiile care se manifestă în cadrul structurilor psihotice - şi pe care noi le denumim cu termenul de *fobii maligne* - îşi exprimă anxietatea sau angoasa nu în cadrul nuclearităţii egofobe, particulară nevrozelor şi în prezenţa discernământului, ci apar şi se desfăşoară în ansamblul tabloului sindromatic psihotic.

17. În unele stări psihotice, şi îndeosebi în melancolie se poate întâlni în cazul crizelor suicidare un veritabil delir contradictoriu obsesivo-fobic, constituit din coexistenţa simultană a dorinţei obsesive de moarte şi a fricii de moarte (tanatofobia). Această coexistenţă simultană a tendinţelor contrarii în melancolie noi am întâlnit-o de multe ori şi şi am urmărit-o constant şi îndelung. În acest caz vorbim de *componenta obsesivo-fobică malignă din melancolie.*

18. În psihosindroamele organice, epilepsie, isterie etc., am întâlnit cele mai frecvente fobii ale corpului aşa cum sunt ele descrise de P. Janet în forma lor sistematizată deosebite net psihopatologic de ipohondrie.

Nevroza fobică

Deşi marea majoritate a autorilor recunosc, începând cu P. Janet, că în nevroza obsesională fobiile şi obsesiile coexistă într-o relaţie intimă, constituind un cuplu ideo-afectiv indisociabil, obsesivo-fobic cei mai mulţi dintre autori preferă să descrie separat nevroza fobică, de nevroza obsesivă, având în vedere totuşi existenţa separată a obsesiilor fobice în nevroza obsesiv-compulsivă.

Nevroza fobică este o fixare, o concentrare crispată a anxietăţii (angoasei) asupra unei situaţii sau asupra unui obiect, fiinţă, eveniment, concret, actual determinat. De aici şi considerarea că fobia şi respectiv nevroza fobică are caracterul de actual, de exterioritate, de situaţionalitate, de circumstanţionalitate şi că este trăită primar, acum şi aici, în spaţiul şi timpul prezent, în timp ce obsesia şi nevroza obsesivă nu se leagă obligatoriu de situaţional, de ceea ce este actual, aici şi acum prezent spaţial, ci sunt trăite predominant ideo-afectiv, nesituaţional şi intrapsihic.

Orice situaţie sau orice fiinţă, situaţie, fenomen, obiect poate genera fobia şi se poate deci constitui într-un element sau situaţie fabogenă.

Tabloul clinic general al nevrozei fobice, precum şi formele sale clinice de manifestare le vom lua în considerare în raport de grupele sau de temele fobice, variabile, aşa cum am văzut, în ce priveşte clasificarea lor de la un autor la altul. Aspectele de psihopatologie clinică în nevroza fobică sunt numeroase şi complexe totodată, încât existenţa diverselor opinii contradictorii, uneori aparent divergente, ni se pare totuşi explicabilă.

Simptomatologia nevrozei fobice *„arată o neliniştе paroxistică, o teamă specializată, concentrată asupra unui obiect sau situaţie dată în principiu odată pentru totdeauna"* (L. Michaux). Semnificaţia acestei simptomatologii, oricare ar fi forma sa individuală de exprimare, nu reprezintă în fond altceva decât fuga din faţa unui pericol potenţial şi găsirea totodată a modalităţilor şi mecanismelor de apărare psihologică inconştiente ale fobicului în faţa obiectului sau situaţiilor fobogene.

În prezenţa unei fobii cu cortegiul său de trăiri angoasante care infiltrează şi perturbă sistemul psihic, subiectul este obligat să recurgă la adevărate stratageme, simulaţii, trucuri, fetişuri etc., conduite considerate ca securizante şi care-i permit să înăbuşe, să anuleze sau să disimuleze trăirea fobică. Atunci când bolnavul nu poate evita direct sau indirect situaţia sau obiectul temei sale fobice,

recurge la evitări sau confruntări simbolice, cu ajutorul cărora caută să iasă din impas chiar dacă în realitate bolnavul ştie că aceste conduite contrafobice nu-i sunt de un real folos, ele având un caracter pur simbolic. În fobiile obsesive, care apar la persoanele cu mare încărcătură anxioasă, comportamentul fobic persistă chiar şi în absenţa obiectului fobogen la acesta adăugându-se ritualurile obsesive.

Un bolnav la care nevroza fobică este pură, nu elaborează compulsiv acea *„cascadă de reflexii pesimiste sau temeri subtile"* (L. Michaux) ca obsedatul sau emotivul cu manifestări fobice de acompaniament, ci este stăpânit de la început şi în mod pregnant de fobia sau fobiile sale, care ţin mai mult de structurile sale arhi- şi paleopsihice şi al căror înţeles timic nu-l poate conştientiza activ la nivelul sentimentului cum este cazul în obsesii ci la nivelul ecuaţiei primare, subiect-obiect, fobicul devenind astfel prada unei frici paralizante primare, care-i invadează şi-i impregnează durabil şi difuz personalitatea, ceea ce l-a determinat pe L. Michaux să considere că spre deosebire de obsesiv, *fobicul nu luptă* aproape de loc, el are comportament de evitare şi suferă însă cu structurile sale cele mai pofunde, spunem noi. Fobicul este centrat difuz şi cvasiconcentric asupra trăirilor sale în raport cu obiectul fobogen pe când obsedatul, deşi centrat intra şi autopsihic la nivelul ideo-afectiv asupra fenomenului obsesiv este, totodată, decentrat şi polarizat conştient şi allopsihic, având grijă prin instituirea cenzurei operaţiilor mintale, să nu se întâmple ceva neplăcut pentru sine şi neprevăzut pentru alţii din anturajul său şi, de aceea, obsesivul *luptă chinuitor* pentru a ieşi din impas printr-o polarizare critică noologică în raport cu conţinutul obsesiv.

După opinia noastră cele de mai sus constituie unele din particularităţile fundamentale ale fobiei în raport cu fenomenul obsesiv. Fobicul prezintă o reactivitate de tipul sincretismului ce pulsează între polarizare şi depolarizare în relaţie cu obiectele şi situaţiile fobogene, păstrându-se structurile de polarizare subiect-obiect dar perturbate, cu crearea distanţei dintre EU şi non-EU.

„Temele fobice" cel mai frecvent descrise şi care realizează tabloul clinic cel mai invalidant al nevrozei fobice sunt agorafobia, claustrofobia, fobia mijloacelor de transport, fobia instrumentelor tăioase şi ascuţite, ereutofobia, fobiile de animale, fobia de impulsiune, pantofobia, tanatofobia etc., fiecare fobie fiind declanşată de un obiect sau situaţie care aşa cum s-a repetat de mai multe ori, şi care nu are nimic periculos prin ea însăşi pentru bolnav.

Fiecare temă, deşi are multiple moduri de desfăşurare ce ţin de particularităţile de reactivitate ale fiecărui bolnav, în acelaşi timp, există deasemenea şi posibilităţi infinite de intricare ale fobiilor la acelaşi bolnav. Ca o particularitate a nevrozei fobice este că fobia sau fobiile dispar în afara prezenţei obiectului sau situaţiei fobogene, determină comportamentele de evitare, ca şi conduitele contrafobice care scapă controlului voinţei şi pe care pacientul le realizează recunoscând totodată caracterul absurd al fricii sale.

În cele ce urmează vom descrie schematic conţinutul general al manifestărilor fobice mai frecvent întâlnite în clinica psihiatrică.

1. *Criza de angoasă* acompaniază indisociabil fobia. Dacă întâmplarea pune faţă în faţă subiectul cu obiectul fobogen, subiectul este invadat acut şi necontrolabil de o frică invincibilă cu caracter de pericol iminent, manifestată prin simptome fizice şi psihice, frică ce ajunge sau nu până la panică şi care uneori determină fuga sau îl încremeneşte pe bolnav. Se recunosc aici diverse forme de manifestare ale fricii: dispnee şi paliditate intense, cu hiperpnee până la crize tetaniforme, constricţie toracică violentă astmatiformă, senzaţie de „nod în gât", tuse nervoasă; precordalgii, pseudo-angor, tahicardie sau bradicardie, lipotimie; dureri epigastrice, intestinale, spasme ano-rectale, tenesme, sughiţ, foame sau sete paroxistică, polakiurie, poliurie, tulburări de dinamică sexuală; un sentiment general de „a fi îngheţat", blocat, incapabil de a se mişca, cu picioarele „tăiate", acoperit de transpiraţii reci; cefalee, lombalgii, algii posturale, prurit; un tremur incoercibil poate doar agita subiectul care, cu tâmplele zvâcnind, cu vederea înceţoşată, cu „pocnituri" în urechi, este în plină stare de alertă, invadat de sentimentul de pericol iminent şi care nu poate fi definit, fiind totodată însoţit de vertij, cu senzaţia de slăbiciune musculară şi de derobare sau de instabilitate în mers. Bolnavul nu mai ştie ce se petrece cu el şi deşi este conştient simte că este dominat în întregime de această frică invincibilă, inexpugnabilă.

2. *Teama subiectivă* - angoasantă sau fobia despre care am discutat mai sus şi care se constituie drept componentă cognitivă, această teamă având grade diferite de intensitate, de la senzaţia de ameninţare, spaimă, frica de a înnebuni, frica de a paraliza, frica de a muri. Frica de cele mai multe ori apare în confruntarea concretă cu obiectul, situaţia, fiinţa etc. fobogenă, sau dimpotrivă apare în aşteptarea încordată a evenimentului sau situaţiei fobogene şi atunci

este vorba de o *anxietate anticipatorie* care se manifesta ca îngrijorare, încordare.

3. *Evitarea şi comportamentul de liniştire (reasigurare).* În faţa obiectului sau situaţiei fobogene pacientul fobic adoptă următoarele atitudini:

a) *Evitarea (comportamentul de evitare)* a obiectului, fiinţei, situaţiei fobogene. În acest fel evită să parcurgă locurile care-i declanşează fobia, refuză să meargă cu automobilul (autobuzul, trenul, avionul) ca obiecte fobogene; evită să meargă pe partea dreaptă (stângă) a străzii pentru a se asigura împotriva pericolului de a întâlni o situaţie fobogenă etc. În alte cazuri, dacă de exemplu are fobie de o anumită activitate, se refugiază *preventiv* într-o altă preocupare, mereu alta, mereu nouă. În alte situaţii - şi bineînţeles neplăcute dar şi nocive - pacientul se refugiază în consumul de alcool spre a-şi linişti anxietate, dar cu riscul instalării dependenţei alcoolice sau a dependenţei benzodiazepinice etc.

b) *Comportamentul de liniştire (reasigurare)* - care constă în aceea că pacientul fobic caută cel mai adesea şi simte nevoia să fie în preajma sa un personagiu, uneori chiar anonim, pentru a evita să fie singur. Un bolnav al lui Beard avea o intensă stare de *monofobie* (teama de a fi singur) încât a fost nevoit să-şi asigure un servitor pe care-l plătea, în secolul trecut cu suma de 20.000 piaştri cu condiţia să nu-l părăsească niciodată. În alte cazuri bolnavii poartă un obiect, o fiinţă (un câine de exemplu), o amuletă sau dimpotrivă o sumedenie de medicamente. Alţii dezvoltă comportamente magice: ating un anumit obiect: o bucată de lemn, un trifoi cu patru foi, îşi fac cruce cu limba, îşi răsucesc nasturii etc. Alţi bolnavi adoptă un comportament de evitare mascată (atunci când angoasa nu este intensă) şi care constă în raţionalizare, aspect de dezinteres sau de plictiseală. În acest din ultim caz fobia este disimulată şi obişnuit nu este comunicată medicului. Sunt în acest caz aşa numitele *fobii mascate*, cum le-am denumit noi, care clocotesc în interior, dar care spre a fi descărcate bolnavul recurge la numeroase consultaţii la cabinete de cele mai diferite specialităţi clinice.

În raport cu complexitatea tematicii au fost diferenţiate *fobiile difuze (pantofobii)* în care domină angoasa difuză, cu decompensări paroxistice pe un fond permanent de nelinişte („frica de tot şi de nimic") şi *fobii sistematizate (monofobii)* centrate pe un stimul concret fobogen.

Iniţial, procesul fobic are tendinţă către o anume organizare, angoasa declanşându-se numai în prezenţa şi respectiv

perceperea hic et nunc al obiectului fobogen, pentru ca ulterior să retrocedeze spontan sau să tindă către generalizare, frica angoasantă cuprinzând o întreagă gamă de stimuli care îşi însuşesc inconştient semnificaţii ameninţătoare sau catastrofice.

În faza iniţială, fobia apare ca situaţională, apoi capătă caracter obsesional, parazitar, aproape continuu, cu forma cea mai absurdă de „fobo-fobie", în cursul emoţiei patogene, recunoscută ca anormală de către bolnav şi se însoţeşte simultan de încercarea de a scăpa de sub influenţa ei terifiantă.

Pentru a evoca formele clinice ale acestei angoase, apare ca necesar studiul temelor fobice, aşa cum se prezintă ele în clasificările clinice contemporane.

În clasificarea bolilor psihice elaborată de către OMS - ediţia a 9^a^ (CIB - 9) agorafobie ca şi claustrofobia sunt incluse la rubrica *„stări fobice"* în a căror descriere se realizează în acelaşi timp distincţia dintre fobiile de situaţie şi fobiile de obiecte.

DSM-III - elaborată de Asociaţia Psihiatrilor Americani *tulburările fobice* sunt incluse dimpreună cu stările anxioase în capitolul *„Tulburări anxioase"*. Inspirându-se din clasificarea lui P. Janet, pe care o modifică - dar nu în mod esenţial - DSM-III distinge:

1. *Agorafobia cu sau fără atacuri de panică*;
2. *Fobiile sociale*;
3. *Fobiile simple*.

Această clasificare este modificată în DSM-III-R, după cum urmează: în locul agorafobiei cu atacuri de panică se introduce: **1.** *Tulburarea de panică cu agorafobie* considerându-se că agorafobia în cele mai multe cazuri ar fi consecinţa şi complicaţia unei tulburări de panică. Se subliniază în acelaşi timp că agorafobia în rare cazuri poate apare nu ca element secundar unei stări sau atac de panică şi de aici varianta de: **2.** *Tulburări de panică fără agorafobie în antecedente*, iar mai departe se păstrează: **3.** *Fobiile sociale* şi **4.** *Fobiile simple*.

Clasificarea bolilor psihice OMS ediţia a 10^a^ revizuită (CIB-10 revizuită) subliniază că în tulburările fobice anxietatea este numai evocată sau are caracter predominant şi este legată de situaţiile şi obiectele bine definite şi exterioare subiectului, obiecte şi situaţii care sunt înfruntate, evitate sau îndurate de către bolnav. Anxietatea fobică, atât subiectiv cât şi din punct de vedere comportamental sau fiziologic, nu se deosebeşte de alte tipuri de anxietate iar intensitatea sa merge de la o discretă stare de

stânjeneală până la teroare sau panică. Anxietatea anticipatorie în cazul intrării într-o situaţie fobică sau la întâlnirea cu obiectul fobogen nu dispare chiar dacă subiectul este conştient că situaţia sau obiectul fobogen nu au nimic ameninţător sau periculos prin el însuşi. O altă particularitate a anxietăţii fobice, şi nu numai a acesteia, este că se însoţeşte adesea de depresie. Se remarcă deasemenea şi inversul situaţiei, că unele episoade depresive se însoţesc de fobii şi în special de agorafobii, în care caz apariţia primară a depresiei şi predominanţa acesteia în raport cu fobia va determina la formularea diagnosticului de depresie.

Atacurile de panică ce se manifestă în cazul unei situaţii fobice bine stabilite, vor fi considerate ca o expresie a severităţii fobiei şi căreia i se va conferi deasemenea precedenţă diagnostică. Diagnosticul singular de tulburări de panică se va formula doar atunci când aceasta nu cuprinde în simptomatologia sa clinică fobiile cum ar fi: agorafobia, fobiile sociale, fobii specifice (izolate).

Tulburările anxioase sub formă de panică sau de anxietate generalizată, obişnuit nu sunt fixate, limitate şi circumstanţializate în raport cu o situaţie sau pe un obiect ci au caracter angoasant ambiental, flotant. Simptomele fobice, obsesive sau depresive care apar în nevroza anxioasă, au şi ele caracter secundar, pot fi eventual mai puţin severe şi ca atare nu au preeminenţă diagnostică asupra tulburărilor fobice anxioase.

Pe de altă parte tot în legătură cu anxietatea fobică se subliniază că precizarea criteriului conform căruia situaţia sau obiectul fobic sunt exterioare pacientului - criteriu fundamental pentru precizarea fobiei - ar aduce după sine excluderea acelor fobii legate de prezenţa bolii (nozofobia) sau fobia desfigurării (dismorfofobia) care nu aparţin fobiei, ci ipohondriei. Această încadrare este realizată atât de DSM-III-R ca şi de CIB-10 revizuit. Cu toate acestea se face menţiunea de către specialiştii OMS că: *„Totuşi, dacă frica de boală ia naştere predominant şi repetat după expunerea la infecţie sau contaminare sau e doar o simplă teamă de procedurile medicale (injecţii, operaţii etc.) sau de locuri medicale (cabinete dentare, de chirurgie maxilo-facială, spitale etc.), atunci o categorie de aici..." va fi încadrată în fobiile specifice.*" (subl. ns. - M. Ş.).

Agorafobia

1. *Fobia de situaţii* este menţionată de Leuret (1834) al cărui prototip îl constituie *agorafobia*. Agorafobia a fost menţionată de Beard ca simptom al neurasteniei şi a fost descrisă pentru prima dată de Westphal în 1872 care-i conferă accepţia restrictivă a „fricii de pieţe publice".

Westphal descriind agorafobia îi sublinia următoarele particularităţi clinice fundamentale: **1.** angoasa care-l împiedică pe bolnav de a traversa pieţele, străzile sau locurile deschise; **2.** angoasa poate ajunge până la manifestarea paradoxală fobofobică, „frica de a avea frică"; **3.** ideea de a nu fi capabil să traverseze o piaţă, o stadă sau un loc deschis este determinată sau survine şi face parte integrantă din angoasă; **4.** ca structură ideo-afectivă indisociabilă de angoasă, agorafobia este psihologic nemotivată raţional totodată.

Mai târziu Legrand du Saulle (1877, 1878) a introdus în noţiunea de fobii de situaţii fără specificitate, *frica de spaţii goale*, ca de exemplu: stradă, pod, balcon, sală vastă, orice spaţiu gol de o întindere apreciabilă. „Frica de spaţii - scrie Legrand du Saulle - este o stare nevropatică particulară, *caracterizată printr-o angoasă, o impresie anxioasă vie sau chiar o veritabilă teroare*, care se produce subit în prezenţa unui spaţiu dat ... este o emoţie ca în prezenţa unui pericol, a unui vid, a unei prăpăstii etc." (cf. P. Janet)

S. Freud (1895) separând fobiile şi nevroza de angoasă din cadrul neurasteniei lui G. M. Beard (1868) integrează agorafobia în cadrul nevrozei fobice.

P. Janet şi Raymond (1903) clasificând fobiile în fobii de obiecte, de situaţii şi de funcţii, plasează agorafobia în cadrul fobiilor de situaţii.

Agorafobia pare a fi una din cele mai obişnuite, mai frecvente, mai invalidante (handicapante) şi cea mai detaliat descrisă dintre nevrozele fobice ale adultului. Boala are debut şi incidenţă maximă îndeosebi la femei între 18-35 ani, frecvent cu debut după vârsta de 20 ani. Agorafobia se manifestă de obicei, după o boală, accident, sarcină, pierderea unei persoane apropiate, despărţirea de o rudă sau de un prieten etc., elemente ce se constituie în factori precipitanţi sau agravanţi. Etiologic, agorafobia a fost explicată ca ţinând de conflicte psihice inconştiente acumulate prin refularea unor pulsiuni sexuale psihostresante (*teoria psihanalitică*), sau agorafobia apare prin *condiţionare sau învăţare* în care anxietatea este legată, asociată de o situaţie stresantă. Din ultima eventualitate decurge

ipoteza după care agorafobia ar apare mai frecvent la *personalităţile dependente*, *hiperprotejate* în copilărie sau care au suferit de *anxietate de separare*. Ceea ce degajează din toate aceste teorii sau ipoteze etiopatogenetice este un numitor comun şi anume acela care evidenţiază un teren vulnerabil genetic, constituţional, dobândit care favorizează anxietatea, labilităţile vegetative, endocrine şi umorale, teren fragil, care în situaţii psihostresante, permite structurarea unor dominante abnorme de reactivitate biopsihică, teren ce va permite izbucnirea fenomenologiei fobice, respectiv agorafobice. Acest teren fragil va favoriza inadecvat însăşi structurarea spaţiului şi a percepţiei sale în relaţie cu ansamblul structurilor psihice, în desfăşurarea şi serierea acţiunilor într-un continuum fluent temporo-spaţial. Această din urmă perturbare considerăm că ocupă un loc important în psihopatologia şi etiopatogenia agorafobiei. Adesea manifestarea iniţială apare sub formă de panică în faţa unui spaţiu liber, descoperit şi deschis, bolnavul prezentând un „atac de nelinişte", o teamă extremă, bruscă, angoasantă, paralizantă, iraţională şi terorizantă cu senzaţia de pericol vital iminent, cu teama de moarte, de pierdere a minţii, însoţită de tahicardie, palpitaţii, senzaţii de durere sau de constricţie toracică, dispnee, sufocare, transpiraţie, bufee de căldură sau de frig, tremurături, secuse musculare, colici, tulburări viscero-vegetative polimorfe, greaţă, flaşuri, senzaţie de cădere în vid, vertij, senzaţie de instabilitate, de irealitate (derealizare), depersonalizare - ceea ce îl determină să renunţe la parcurgerea traseului sau situaţiei fobogene, renunţare urmată treptat de dispariţia simptomelor.

C. Westphal despre agorafobie

Agorafobia a fost descrisă magistral pentru prima oară de către C. Westphal. Redăm în cele ce urmează descrierea autorului german aşa cum a fost ea prezentată pentru prima dată în literatura clasică psihiatrică germană:

„De mai mulţi ani pacienţi vin să mă vadă în mai multe rânduri, plângându-se că nu pot traversa anumite pieţe şi străzi iar faptul de a se afla în anumite locuri le produce o teamă care le restânge libertatea de mişcare. Ei îmi cer explicaţii despre natura acestei boli pe care o comunică cu o anumită reţinere (teamă) de a

lăsa impresia fricii de a fi considerat bolnav mintal sau de a fi expus ironiei oamenilor care consideră acest lucru ciudat. Această teamă de a traversa pieţe şi străzi constituie fenomenul principal, astfel încât am format cuvântul agorafobie (agora = piaţă publică; phobos = frică, teamă). Dar nu trebuie neglijat faptul că această frică poate fi de asemenea raportată la alte situaţii şi deci denumirea aleasă nu este exhaustivă.

Lăsând la o parte manifestările deja citate, vor exista după cum vom vedea, alte perturbări ale sistemului nervos pe care le-am cunoscut datorită întrebărilor puse sau vor fi menţionate la pacienţi.

Primul caz care mi-a fost prezentat (încredinţat) de un coleg este M. C., reprezentant comercial. Acest bărbat este în vârstă de 32 ani, talie mijlocie, zvelt, pare a avea o bună sănătate fizică şi este vioi în timpul discuţiilor şi în mişcări. Se plânge că nu se poate deplasa în pieţe. Imediat încearcă o senzaţie de angoasă ce îl invadează, sentiment centrat mai ales la nivelul capului decât în regiunea inimii, deşi se însoţeşte de palpitaţii. La Berlin, locul cel mai dezagreabil pentru el este piaţa Dönhof şi dacă încearcă să se aventureze până aici, are sentimentul de a avea în faţa lui o întindere atât de mare încât nu ar putea s-o traverseze niciodată şi la aceasta, se adaugă angoasa însoţită de tremurături, dar pe măsură ce se apropie de casă starea de angoasă se atenuează. Dacă traversează piaţa în compania unei alte persoane (la braţ sau numai discutând) atunci acest sentiment este neglijabil, un baston sau o umbrelă în mână nedându-i nici o securitate. Din contra, el a ajuns să traverseze o piaţă fără a mai fi dominat de gândurile lui.

Dacă un vehicul traversează piaţa şi se află aproape de el reuşeşte să traverseze, altfel nu poate şi o ocoleşte. A merge la Charlottenburg trecând prin Tiergarten (zoo) îi este imposibil căci în zonă nu se află nici o casă. Aceeaşi senzaţie de angoasă îl cuprinde atunci când este obligat să treacă de-a lungul zidurilor sau de-a lungul clădirilor, sau la traversarea străzilor când magazinele sunt închise (cum se întâmplă dimineaţa, în zilele de sărbătoare, seara şi noaptea). Târziu seara (are obiceiul de a merge în restaurante) utilizează la Berlin un procedeu unic, când vede o persoană mergând în direcţia locului unde îşi are domiciliul o urmează îndeaproape, sau abordează o damă de companie şi se angajează într-o conversaţie cu ea, conducând-o o bucată de drum până găseşte o altă ocazie şi în felul acesta ajunge la domiciliu. Adesea la ore târzii în noapte, în timp ce aceste mijloace care sunt un ajutor pentru el lipsesc, îi este greu să se întoarcă acasă ("în liniştea nopţii, freamăt de groază pe

străzi"), rămânând ore în şir în faţa localului şi aşteptând trecerea unei trăsuri. Dacă îl întreb ce ar face dacă l-aş conduce pe o pajişte, atunci acest singur gând îi este insuportabil, nu-şi poate imagina şi nu ştie ce ar face, probabil s-ar arunca cu faţa la pământ şi s-ar prinde de iarbă. Procedează în aşa fel încât, în numeroasele sale călătorii unde ajunge, să nu fie obligat niciodată să meargă pe jos pe străzi, se informează asupra acestui lucru, caută să obţină o trăsură când drumurile traversează o piaţă şi uzează de toate stratagemele în atingerea scopurilor fără incidente.

Când merge la teatru sau la biserică, aceleaşi senzaţii îl cuprind încă de la uşă.

Călătoriile pe ocean (pe un mare vapor) nu i-au produs niciodată angoasă, el putându-se plimba de asemenea pe plajele de la malul mării căci, după cum spunea, casele se întindeau de-a lungul plajei. În toate aceste situaţii, angoasa nu este în nici un fel motivată şi nu ştie pentru ce reacţionează diferit de alţi oameni. În fond, el nu reuşeşte să conceapă că ceilalţi pot să se aventureze într-o piaţă. Dacă urmează un vehicul sau o persoană se găseşte alături de el, la ora la care magazinele sunt închise, şi zăreşte o lanternă roşie, atunci el ştie că dacă îi va fi teamă se va putea urca într-o caleaşcă, va putea intra într-un restaurant putându-se adresa unei persoane, etc. Este într-un fel, frica de frică (sau frica de a avea frică). Acest sentiment de angoasă este diferit de vertij, pe acesta din urmă îl cunoaşte bine şi îl resimte când urcă în vârful turnurilor, etc., dar fără a fi neobişnuit, în ultimul timp nu a întrprins nici o escaladă. Senzaţii speciale ca impresia de căldură şi altele asemănătoare nu apar când se instalează starea de angoasă, dar apar atunci când crede că s-a înroşit la faţă. Mai lamentabilă este această stare dimineaţă, când este la masă, aceste semne fiind considerabil atenuate graţie câtorva pahare de bere sau vin. Pentru acest prim stadiu al bolii sale, povesteşte că deja înainte de 1866, a resimţit din când în când câteva temeri atunci când se afla în pieţe, dar nu le-a dat atâta atenţie, deci boala a debutat cu 5 ani înaintea prezentării la medic. În această perioadă, într-o zi ieşind în afara oraşului către o alee mărginită de copaci, după ce-a depăşit ultimile case, s-a simţit invadat de gânduri negre şi după ce a ajuns la al V-lea sau al VI-lea copac a făcut calea întoarsă. Încă din această perioadă nu putea să iasă în spaţii mari sau în pieţe deşi, din contra, nu avea încă temeri faţă de străzile cu magazine închise. Această senzaţie a apărut puţin mai târziu. Până la manifestarea citată în această expunere, el se considera sănătos şi nu a avut niciodată pierderi de cunoştinţă sau convulsii. Pe măsura

întrevederilor noastre, acuză că avea uneori „întunecarea" privirii în asemenea măsură încât, în aceste momente nu mai putea să vadă sau nu vedea obiectele decât pe jumătate (de exemplu, nu vedea decât jumătatea din faţa cuiva). Această întunecare apărea fie la ochiul stâng fie la ochiul drept sau uneori, la amândoi ochii. Această stare putea să dureze jumătate de oră dar dispărea de îndată ce îşi punea mâinile în apă caldă. Senzaţia de vertij şi de pierdere a cunoştinţei nu apăruseră. El nu a suferit de dureri de cap nici înainte, nici după. Nu a prezentat nici stări de vomă sau furie. Aceste stări descrise apăreau de mai multe ori pe an, dar nu poate preciza dacă aceste stări erau prezente înainte de debutul bolii. Lăsând la o parte simptomele deja descrise, nu s-a constatat nici o anomalie a sistemului nervos, dar trebuie să menţionăm tremurătura mâinilor când le ţinea întinse. Până în prezent, pacientul nu a constat apariţia tremurăturilor decât în cazurile când era cuprins de teamă.

În linii generale, acest bărbat era senin, vioi, comunicativ şi nu vorbea într-o manieră ipohondriacă despre boala lui, căreia a învăţat să-i facă faţă prin stratagemele deja menţionate. În acest timp, mărturiseşte că este uşor iritabil şi susceptibil. Stilul său de viaţă este asemănător cu al majorităţii colegilor, frecventează adesea şi cu plăcere restaurantele, hanurile, teatrele şi femeile, suferind adesea de blenoragie.

Al doilea pacient, M. N., de 24 ani, comerciant, pare perfect sănătos. Îl cunosc din prima lui tinereţe. Mi-a cerut ajutorul subliniind că eu nu-l consider nebun când îmi vorbeşte de această boală deosebită.

Îi este imposibil să traverseze pieţele, dezagreabil să meargă pe străzi şi în mod particular duminica, pentru că magazinele sunt închise. Îi este uşor să meargă pe străzile pe care le cunoaşte bine, care se găseau în apropierea domiciliului său, sau pe care locuiau prietenii sau părinţii, dar adesea nu putea să ajungă nici la cea mai apropiată clădire care se afla la 5 minute de casa lui. Îi este imposibil să facă plimbări lungi precum şi să meargă cu trăsura. Evita călătoriile lungi cu trenul. Dar din contra, se folosea de propriul său vehicul fără nici o dificultate. Nu suporta să fie închis într-un teatru, în sălile de concert sau în sălile în care erau mulţi oameni.

Cea mai insuportabilă din toate aceste situaţii era o stare de angoasă însoţită de o senzaţie de căldură (pornind din partea inferioară a corpului şi urcând spre cap), palpitaţii, adesea tremurături şi un sentiment de (năuceală) confuzie. Dacă voia să

traverseze o piaţă, această angoasă îl invada imediat şi atunci piaţa devenea atât de mare încât considera că nu o va putea traversa niciodată, era ca şi când paşii lui erau prea mici pentru a putea avansa. El nu putea să-şi explice această stare, care era împotriva oricărei tentative raţionale. Deja ideea că trebuia să meargă într-un loc sau altul îi dădea o stare de teamă, uneori atât de mare încât nici nu îndrăznea să păşească afară. Considera starea în care se afla ca o senzaţie de vertij. Nu cunoştea starea comună de ameţeală dată de înălţime şi a făcut expediţii, chiar periculoase, în munţi şi pe gheţari dar cu condiţia de a fi în prezenţa unui apropiat. Atunci el nu resimţea nici o temere şi putea să traverseze pieţele, să se deplaseze cu un vehicul, să meargă la teatru. I se părea mai uşor să traverseze o piaţă în acelaşi timp cu un vehicul. I s-au întâmplat călătorii lungi, de luni de zile, chiar prin regiuni nelocuite, dar numai însoţit de un prieten. Plimbările în aer liber erau facilitate de consumul de vin sau o masă bună, atunci teama se dovedea mai uşoară şi chiar absentă. În rest, pacientul era un bărbat inteligent, un spirit echilibrat, curajos, împlinit în muncă, era un tovarăş agrabil, constant bine dispus. Nu avea nici o anomalie fizică sau altă particularitate, din contra, recunoaşte că este uneori neliniştit, iritat, dar într-un mod nesemnificativ. Ca urmare a simptomatologiei deja descrise, se află mai mult sau mai puţin (după proprii termeni) într-o stare artificială, relatând că nu se simte chiar ca ceilalţi oameni, chiar dacă are aparenţa unui om comunicativ, vioi. Mai mult i se pare că are tulburări de memorie, dar acest lucru i se pare nesemnificativ şi nu-i provoacă nici o jenă. Boala sa este un handicap şi îi provoacă griji, că ea ar putea evolua şi se se întreabă dăcă asta nu este un fel de nebunie şi pe de altă parte, în ce măsură nu există şi o componentă imaginară. Toate aceste remarci ale pacientului nu ascund nici o exagerare cu caracter ipohondriac şi pacientul nu are nici o tentativă de explicare din punct de vedere medical. Nimeni nu se îndoieşte de boala sa, pe care încearcă să o ascundă apropiaţilor cu destulă uşurinţă. Pacientul a avut de fapt, crize de epilepsie în mai multe reprize, aceasta făcându-l să evite să rămână singur la drum. Totodată, nu teama de o posibilă criză neaşteptată este cea care domină, ci această teamă de a fi cuprins de senzaţia de angoasă deja descrisă. Înainte de crizele de epilepsie, pacientul suferea de apariţia frecventă a întunecării privirii urmată de dureri de cap. După apariţia crizelor de epilepsie, tulburările de vedere au dispărut total. Prima criză a avut-o la 14 ani; a doua la 15 şi a treia la 17 ani; la 18 ani s-au succedat o serie de crize provocând anumite pierderi de cunoştinţă şi

chiar deliruri, iar la 23 de ani a vut ultima criză. Crizele se caracterizau prin convulsii epileptice clasice (uneori îşi muşca limba). Ultima criză s-a desfăşurat astfel: fiind liniştit întins pe canapea, a simţit apariţia unei stări de rău, a vrut să cheme servitorul dar nu i-a putut pronunţa numele şi puţin după aceea, şi-a pierdut cunoştinţa. După crize, avea senzaţia de oboseală, toropeală şi dureri de cap la nivelul regiunii orbitale superioare stângi. De la ultima criză o senzaţie dezagreabilă persistă în acelaşi loc şi am constatat, în cursul examenelor repetate, o intensificare a acesteia mergând până la durere la presiune în punctul de emergenţă al nervului supraorbitar stâng, în timp ce o presiune exercitată deasupra sau dedesubtul orbitelor, dreaptă şi stângă, nu provoca nici o durere.

Nu-şi aminteşte modul în care a apărut agorafobia, se gândeşte că aceasta a apărut după prima criză de epilepsie şi se referă la discuţiile avute în familie după care, din cauza bolii, nu se mai deplasa singur.

Al treilea pacient, M. P., inginer, 26 de ani.

Pacientul acuză un sentiment de angoasă care-l cuprinde atunci când se află în locuri publice sau în spaţii libere, ceea ce reprezintă bineînţeles, un obstacol în viaţa sa profesională. Această angoasă îl apucă chiar din momentul în care casele de pe stardă încep să se îndepărteze de el; atunci, o senzaţie de angoasă se face resimţită în regiunea inimii, totul ca atunci când este cuprins de frică, apoi o căldură îi invadează faţa, care devine roşie, şi are impresia că ceva se întâmplă la nivelul inimii.

Teama pune stăpânire pe el (o teamă mortală), apare un sentiment de insecuritate şi asta ca şi cum ar fi în incapacitatea de a merge în siguranţă şi s-ar uni cu pavajul când încearcă să depăşească locul şi nu reuşeşte, preferă să se întoarcă de la jumătatea drumului şi să-l ocolească, uneori aleargă pentru a ajunge cât mai repede la cealaltă extremitate. El compară sentimentul pe care l-a avut traversând o piaţă cu cel al uni înotător care, ieşit din canal, se lansează într-o altă mlaştină şi începe să creadă că nu poate să o traverseze.

El se simte deja mai bine atunci când casele se apropie şi când în sfârşit, a traversat piaţa se simte ca într-un vis. Dacă, o dată piaţa traversată, el se reântoarce, atunci sentimentul reapare. Dacă, un vehicol traversează piaţa, atunci simte o mare uşurare.

Motivul acestei stări de fapt provine, după el, din faptul că vehicolul sparge monotonia şi aceasta îi face cel mai mult bine; al doilea motiv e acela că el vede posibilitatea de a putea să oprească

vehicolul dacă este însoţit de altul şi în principal, angajat într-o discuţie vie; de asemenea, spune el, adesea nu se simte bine, aceasta pentru a disimula starea sa faţă de ceilalţi. Adesea, un baston sau o umbrelă în mână, pe care se poate sprijini, par să uşureze traversarea.

Din punct de vedere psihologic, sentimentul nu este deloc motivat, el îl simte pentru că trebuie să străbată piaţa. Este angoasat şi de gândul că starea sa ar putea să provoace o anumită senzaţie în jurul său. Asta pentru că pieţele unde se află puţină lume, îi sunt cu atât mai neplăcute cu cât crede că îi atrag mai mult atenţia.

Senzaţia de frică este diferită de senzaţia de vertij de care suferă moderat, dar atunci când angoasa atinge punctul său culminant are impresia că pământul îi fuge de sub picioare. Dintre pieţele din Berlin, cea mai neplăcută îi este Dönhofplatz, urmată de piaţa Operei; piaţa Geusdarmenmarkt îi este cea mai puţin neplăcută. Candelabrul din mijlocul pieţii Dönhofplatz constituie un reconfortant pentru el, dar preferă mai degrabă să se întoarcă din drum decât să continue. Pieţele ornamentate de "plates-bandes" sau alte ornamente ce atrag atenţia îi sunt mai uşor de traversat şi fac ca monotonia de suprafaţă să fie spartă datorită culorilor, suficiente să-i atenueze starea. El traversează mai uşor o suprafaţă vastă, în plină natură, decât un loc înconjurat de case căci "aerul îl influenţează benefic"; aleile care traversează o piaţă îi sunt la fel de neplăcute. La Elgersburg, unde locuise multe timp pentru a face o cură de apă rece, senzaţia nu s-a făcut niciodată simţită şi aceasta datorită faptului că acolo orizontul este limitat de munţi şi de trecători, până într-o zi când asistă la o petrecere pe o câmpie şi atunci angoasa a apărut din nou.

Dacă merge de-a lungul unor faţade lungi, apare acelaşi sentiment şi uneori, mergând de-a curmezişul străzilor, în special dacă acestea sunt pustii sau foarte puţin animate (de exemplu, dumunica).

O impresie neplăcută apare înainte de a merge pe podul Dirschauer, ale cărui arce sunt de mare anvergură, când fu cuprins de o angoasă teribilă legată de credinţa că ar putea deveni nebun şi în felul acesta să se urce pe parapet.

Dimpotrivă, în faţa întrebărilor care-i sunt puse, el nega faptul de a fi fost supus unui impuls care l-ar fi condus, era la fel ca atunci când te-ai afla în primul rând la teatru.

Un sentiment de angoasă îl invadează când se află într-o adunare mare, când asistă la o conferinţă, la un discurs sau orice expunere de acest fel, atunci este obsedat la o conferinţă, la un

discurs sau orice expunere de acest fel, atunci este obsedat de gândul de a nu putea ieşi. În general, el nu se află în astfel de stări dacă a avut o criză mai înainte sau dacă s-a gândit şi s-a preocupat de asta. Atunci este cuprins de o anumită nelinişte pe care poate uşor s-o stăpânească. Mai trebuie notat că dacă este victima stării descrise, încercând să traverseze o piaţă în ziua următoare, el se simte slăbit şi abătut.

În ceea ce priveşte simptomele apărute altă dată, el menţionează: când era copil a suferit destul timp de crampe la braţul drept, puţin mai târziu în copilărie şi-a pierdut de două ori cunoştinţa, pierderile de cunoştinţă fiind însoţite de convulsii.

Debutul bolii de care suferă în prezent datează de la 15 ani, când şi-a făcut apariţia după ce asistase la o expunere pe teme de optică. Câtva timp după aceasta, boala dispăru.

La 20 de ani a apărut o stare trecătoare în mai multe reprize. Starea se caracterizează prin apariţia unei senzaţii la nivel occipital, deşi părea a fi slabă, care fusese precedată de o moleşeală, senzaţie de căldură plecând de la picioare şi urcând la cap, aceasta se transformă în starea descrisă (de moleşeală). Nu s-a făcut nici o aluzie la vreun vertij sau pierdere de cunoştinţă. La această vârstă, el suferea mult de poluţii şi pe fondul lor boala reapăru. Mai târziu, el suferi de insomnie şi aceasta durând ani de zile, starea descrisă a persistat de la apariţie până azi.

Fiind întrebat, pacientul recunoaşte că de când era tânăr ar fi fost puţin ipohondru, ar fi citit multe cărţi de filozofie şi medicină, precum şi cărţi care tratau nebunia şi că în această perioadă, a crezut la un moment dat că va deveni nebun. Acum toate acestea au dispărut. Acum se enervează uşor şi în special, când a muncit mai mult şi în ocazii speciale, ca atunci când se prezintă pentru o slujbă nouă. Atunci îl cuprinde o anumită agitaţie şi nelinişte. Nu are cunoştinţă de predispoziţie spre crize de furie sau de plâns.

Alte manifestări în privinţa bolii sale nu sunt semnalate. Nu are nici date privind o anumită moştenire ereditară, dar nu mă înşel când afirm că pacientul a recunoscut că una dintre surorile sale era epileptică.

Concordanţa simptomelor în cele 3 cazuri citate este evidentă, această concordanţă există chiar până în cele mai mici detalii, de exemplu anumite pieţe, într-un oraş bine precizat, care trebuie să fie traversate. Este mai dificil de a emite o idee în ceea ce priveşte natura singulară a simptomelor agorafobiei.

Toţi pacienţi au recunoscut că nu-şi pot explica raţional frica lor, este ceva străin care survine deodată, când au intenţia de a traversa o piaţă. *Odată cu această angoasă indusă de un acelaşi factor, apare ideea (parte integrantă a angoasei) de a nu putea traversa piaţa pe care ei şi-o reprezintă ca pe un spaţiu gigant şi se trezesc în această stare de teamă şi de confuzie.* (subl. ns. M. Ş.)

M-am străduit în zadar să obţin clarificări din partea pacienţilor în privinţa mecanismului psihologic. Pacienţii nu ştiau decât că *angoasa şi gândurile care o însoţesc survin psihologic nemotivat.* Ei nu-şi mai pot explica faptul că, după ce au reuşit să meargă până la mijlocul unei pieţi, preferă să se întoarcă pe acelaşi drum decât să-şi continue drumul. Circumstanţele exterioare sunt în general asemănătoare, starea apare cu atât mai uşor cu cât suprafaţa este mai uniformă. Acelaşi efect se petrece la trecerea de-a lungul faţadelor, la traversarea străzilor puţin locuite sau izolate şi la un nivel mai intens chiar pe o stradă familială, dar foarte mică. Acest sentiment este atenuat sau dispare dacă pacientul se află în compania altora, în special în timpul unei discuţii, dacă vede un vehicul mergând în apropierea lui, dacă constată o uşă deschisă într-una din casele de pe străzile izolate, etc. Efectul stimulant provocat de alcool ajută la depăşirea acestei stări.

Circumstanţele citate din care am menţionat diferite variante, circumstanţe care provocând, atenuând sau chiar anulând acest sentiment de angoasă, sunt suficiente cel puţin pentru a ne distanţa de ideea conform căreia am avea de a face cu un simplu vertij.

Referitor la aceasta, s-a subliniat că o astfel de stare de angoasă ar apărea la anumiţi pacienţi, într-o anumită etapă a bolii lor, de îndată ce se găseau într-un loc închis şi destul de mare, în compania unui mare număr de persoane."

Date clinice despre agorafobie

H. Wallon referindu-se la rolul şi importanţa senzaţiilor în raport cu echilibrul, cu excitaţiile labirintice, cu senzaţia de cădere, de prăbuşire de care este însoţită şi frica obişnuită, dar în mod particular frica patologică - fobia - ca frică fără cauză reală, raţională

şi în care se constată, după opinia sa o „retrogradare către echilibru" nota următoarele:

„Cea mai generală, cea mai fundamentală dintre fobii este *agorafobia*, frica de spaţiile goale, frica de a cădea dacă privirea nu întâlneşte obiectul de care ar fi posibil să se acroşeze pentru a evita căderea de temut. Agorafobia este o regresie către formele infantile, către originile fricii. Ea sprijină îndoiala, nesiguranţa asupra staţiunii şi mersului. Ea poate ajunge la astazie-abazie, care este incapacitatea de a merge, de a se ţine pe picioare, rezultând din aceasta nesigurantă. Dar ea se ataşează pe de altă parte oricărei incertitudini privind domeniul atitudinilor. În particular manifestările sale se află în conexiune strânsă cu acelea care pot suscita nesiguranţa asupra atitudinii de luat în prezenţa altuia. Această atitudine poate, ...antrena aceleaşi efecte ca agorafobia: tulburări de echilibru, mers ebrios, asinergie şi neîndemânare a mişcărilor, tremurături.

Ieşită din excitaţiile relative la rupturile echilibrului, frica este legată de orice învălmăşeală care survine în domeniul atitudinilor. Aceasta este cauza sa esenţială".

Oricum am privi frica obişnuită şi mai ales fobia - ca expresii diferite ca intensitate ale emoţiilor, amintim că fenomenul emotiv este la originea sa, ca şi orice altă reacţie emoţională elementară generată de şi în strânsă relaţie cu sensibilitatea organică.

H. Wallon sustinând perturbarea tonusului muscular, a perturbărilor reflexelor labirintice şi oculare, a aparatului auditiv etc., susţinerea că acidul lactic ce rezultă din metabolismul hidrocarbonaţilor apare ca necesar atât activităţii musculare, cât şi pentru a furniza energia de resinteză a „fosfagenului" şi această constatare deşi o leagă doar de tonusul muscular în emoţii, s-a demonstrat că administrarea de lactat de sodiu - în exces - la pacienţii predispuşi prezintă reacţii de panică. Constatarea este recentă şi atrage atenţia asupra mecanismelor moleculare ale fobiilor.

In alte cazuri, agorafobia, care în SUA are o incidenţă de 3-6%, este manifestată doar sub forma unei *topofobii*, (Beard) adică sub forma fricii elective pentru spaţii determinate (un cartier precis, o stradă sau un parc anume, un magazin sau cinematograf etc.). Agorafobia nu este numai frica de spaţiile deschise şi de locurile publice, dar ea se însoţeşte când se află într-un spaţiu şi de frica pierderii cunoştinţei printr-un vertij („vertijul de piaţă") sau lipotimie etc., frica de a fi singur în mulţime, în magazine aglomerate, pe o stradă îngustă, în tunele, ascensoare, autobuze, automobile, trenuri, avioane etc., frică ce creşte cu cât este mai departe de casă sau de

locul unde se află spitalul sau medicul curant al bolnavului şi cu atât mai mult dacă este singur, neânsoţit de unul din membrii familiei, de un prieten sau de un cunoscut. În acelaşi timp, bolnavul care prezintă agorafobie, concomitent este depresiv şi trăieşte sentimentul sau teama unei impulsiuni suicidare, idei obsesive sau sentimente de depersonalizare sau de derealizare. M. Roth a descris *sindromul de depersonalizare a anxietăţii fobice* considerând că acest sindrom ar ţine de o perturbare la nivelul lobilor temporali, ipoteză neconfirmată de cercetările ulterioare, dar admisă totuşi în prezent.

În perioadele de exacerbare a bolii, de fiecare dată când va fi pus în situaţia de a înfrunta din nou spaţiul respectiv, simptomatologia de tipul anxietăţii anticipatorii sau panicei va reveni subit, însoţită de senzaţia de epuizare şi de fenomene depresive de intensitate nepsihotică, încât bolnavul este silit să recurgă la conduite de evitare şi de deplasare din faţa situaţiei fobogene. Obişnuit, agorafobicul refuză să intre în aceste situaţii fobogene, rămâne acasă, îşi limitează relaţiile sociale şi totodată sunt interferate negativ activităţile sociale şi profesionale. Când însă confruntarea este inevitabilă şi bolnavul este singur, simţindu-se izolat şi fără sprijin, atunci recurge la o serie de subterfugii, la conduitele contrafobice, ritualuri, compulsii minore ruminative etc., care îi permit să-şi modereze, fie şi parţial atacul de nelinişte şi de vertij, sau chiar să-l îndepărteze; este suficient, astfel, să-şi găsească un însoţitor - o persoană, un copil sau mai multe persoane etc. - care să reprezinte pentru bolnav o prezenţă liniştitoare, în măsură să-l ajute să-şi stăpânească frica intensă, să evite situaţia de a fi singur şi să se aventureze fără risc într-un spaţiu deschis, cazuri ce se pot confunda cu isteria sau cu anxietatea generalizată.

Dromofobia sau teama de a trece strada şi care face parte din categoria largă a agorafobiei este descrisă de una dintre pacientele noastre astfel: „teama pe care o simt atunci când trebuie să traversez o stradă este un amestec ciudat de senzaţii şi sentimente, de aglomeraţie, de zgomot, nerăbdare de a traversa, senzaţia că maşinile merg prea repede, că eu merg prea încet, că spaţiul de parcurs se alungeşte, că timpul trece prea greu, apare frica de a nu alerga sau de a mă grăbi. Ideea de a fi lovită de o maşină îmi produce o groază paralizantă. Mi s-au întâmplat toate acestea după ce odată, în urmă cu câţiva ani traversând strada venea o maşină. Claxonul pe care l-am auzit a avut darul de a-mi bloca mişcările, simţeam cum din ce în ce mai mult mi se moaie picioarele. Instinctiv cred n-am întors capul în direcţia de unde auzeam claxonând, în timp ce mintea,

creierul meu comanda continuarea mersului. Simţeam, eram conştientă de această comandă. Nu ştiu dacă acest comportament nu mi se trage - dacă nu mă înşeală memoria -, dintr-o situaţie similară în care în timpul traversării străzii, auzind o maşină claxonând, am întors capul şi la vederea maşinii, care aveam impresia că se apropie uluitor de repede, am avut senzaţia unui început de leşin. Am simţit atunci două trăiri contradictorii: una care îmi paraliza mişcările, înmuindu-mi încheieturile şi accentuându-mi dorinţa de a aştepta apropierea maşinii (o senzaţie paradoxală, de altfel plutitoare şi aproape plăcută) şi cealaltă, de a întoarce capul din direcţia imaginii care îmi capta privirea atât de halucinant, spre trotoarul unde trebuia să ajung, şi tendinţa necontrolată, dacă nu chiar oarbă, instinctivă de a mă mişca din loc cu orice preţ".

Cazul expus ni se pare ilustrativ atât din punctul de vedere al fricii, angoasei cu consecinţele sale de îngustare hipnoidă, a comportamentului motor blocat, şi a trăirii contradictorii a pericolului (care s-a engramat şi transformat în fobie), precum şi trăirea paradoxală prin simultaneitatea sa de plăcere şi de angoasă în faţa pericolului. În fond însă aici se află situaţia contradictorie şi totodată paradoxală a tragismului condiţiei umane.

Criza odată apărută şi bolnavul fiind singur sau fără un suport fizic, toate eforturile pentru a acoperi spaţiul exacerbează criza, angoasa devine paralizantă putând duce chiar la instalarea unei lipotimii. Se înţelege astfel frica insurmontabilă ulterioară şi elaborarea cu grijă a măsurilor de evitare a situaţiilo fobogene, căutarea neliniştită de măsuri contrafobice vizând asigurarea unui sprijin imaginar cu trăirea consecutivă a unui sentiment de certitudine şi protecţie împotriva unui nou atac de panică. Un astfel de bolnav se simte în siguranţă atunci când pleacă de acasă doar dacă este însoţit de un prieten, de un copil, de o rudă apropiată, de soţ (soţie), dacă are sau vede în preajma sa animalul preferat, dacă se poate sprijini de un perete sau un obiect banal - dacă poartă ceva sub braţ, dacă se ajută de baston sau dacă deschide o umbrelă. Aceste subterfugii pot aduce o schimbare în conduita bolnavului în prezenţa asigurării unei protecţii fie şi simbolice, dar cel mai adesea se eleborează itinerarii complicate şi de multe ori ridicole. În stările mai grave, subiectul îşi limitează activitatea într-un perimetru domestic, singurul securizant, unde poate găsi rapid reperele familiale, care-i permit să evite angoasa. Se citează cazurile unor femei agorafobice care nu ieşiseră din casă de zeci de ani („*sindromul gospodinei ţinută în casă*") şi acestea sunt conduitele de evitare extremă,

deosebit de invalidante (1‰), când bolnavul renunţă să iasă din casă, evită locurile fobogene, evită să fie singur sau, dimpotrivă, elaborează diferite condiţionări, ca de exemplu parcurgerea aceluiaşi traseu, după aceleaşi repere, cu plimbări numai în jurul sau în faţa casei, merge numai până în parcul cel mai apropiat, sau elaborează diferite stratagteme contrafobice, simbolice, expuse mai sus. Alţi bolnavi recurg la alcool, barbiturice, anxiolitice pentru a-şi calma angoasa. Alteori este suficientă doar atingerea uşoară a gardurilor, a pomilor, a zidurilor, purtarea unui obiect investit magic pentru ca bolnavul să se simtă ocrotit. Automobilul sau mijloacele de transport în comun, dacă agorafobicul nu are frică şi de acestea, „rezolvă" relativ satisfăcător, prin prezenţa unui număr redus de persoane, unele probleme ale acestor bolnavi, aşa cum o trăsură rezolva agorafobia unui pacient descris se Leuret şi pe care-l considera ca ipohondriac şi care totuşi nu putea să descindă din trăsură decât în prezenţa unei persoane apropiate.

Agorafobia, în mod obişnuit, poate ceda spontan în acele cazuri în care intensitatea simptomatologiei nu este de mare intensitate şi îndeosebi dacă este însoţit de o persoană apropiată. În cazul în care simptomele fobice dimpreună cu cele de acompaniament de tip angoasant s-au structurat în mod clinic evident, retrocedarea poate să apară spontan în mai puţin de un an, în această perioadă, inserţia socio-pofesională a pacientului fiind compomisă. Datele clinice şi de literatură consemnează evoluţia fazică, ondulantă a simptomelor agorafobice cu pusee de exacebare în perioada cărora pacienţii preferă să rămână în casă, îşi limitează în mod sever traseele deplasărilor şi locurile în care se simt în siguranţă. În alte cazuri, în afară de angoasa paroxistică şi de fenomenele depresive nepsihotice se pot de asemenea, adăuga şi alte fobii şi în mod particular frica intensă de moarte (tanatofobia) la care se reduce în ultimă instanţă trăirea oricărui fenomen fobic indiferent de tipul concret de fobie sub care aceasta se exprimă.

Agorafobia în mod obişnuit apare la început ca frică de un anumit spaţiu vid, ca o topofobie cu anxietatea fixată situaţional pe un spaţiu determinat, decompensarea angoasantă putând ajunge până la panică şi fiind dependentă totodată de perceperea situaţiei fobogene respective. Organizarea fobică va avea tendinţa să incorporeze evolutiv, prin generalizare extensivă, şi alte obiecte, acţiuni, stări, fiinţe cu prezenţă constantă în spaţiul iniţial perceput fobogen. Această incorporare şi generalizare a fobiei va cuprinde treptat şi frica de obiectele cuprinse în acest spaţiu fobogen iniţial. În

acest fel agorafobia se organizează într-un „cluster" sau într-un complex simptomatic de fobii în care se vor distinge pe lângă simptomul dominant agorafobic şi frica de a părăsi casa, de a intra în magazine, de a călători cu trenul, cu autobuzul sau tramvaiul, cu metroul, automobilul sau cu avionul ori de a merge pur şi simplu pe stradă. În alte cazuri nu merge pe stradă decât pe partea stângă (levofobie) sau numai pe partea dreaptă (dextrofobie). Apare frica de a se afla într-un spaţiu deschis oarecare, la înălţime, de a merge într-un spaţiu fără acoperire deasupra şi atunci merge numai pe sub umbra copacilor sau ţine o umbrelă deasupra capului etc. De remarcat că aceste fobii care contribuie la instalarea şi accentuarea unor inhibiţii parţiale sau totale, nu domină tabloul clinic agorafobic, ele deţinând un rol secundar la fel ca şi fenomenele depresive, de derealizare şi de depersonalizare care o însoţesc şi care au fost menţionate mai sus. Extensia dominantă agorafobică, acumularea mai multor fobii subdominante, exprimă regresia şi îngustarea funcţiilor relaţionale şi reflexive superioare ale conştiinţei, alunecarea extensivă şi difuză în sens pantofobic pe o pantă descendentă spre stadiile inferioare ale unei conştienţe organo-vegetative, cvasiprotopatice, cu risipirea dezordonată a energiei, orientată spre profunzimile intrapsihice şi în dezacord cu mecanismele de asimilare şi de acomodare adaptative optimale şi conştiente. Frica traduce o conştiinţă fragmentată, dezintegrată, violentă, defăimată, îngustată, diminuată şi primitivă cu echilibrări de nivel inferior şi conduite alimentate din resurse semiconştiente sau inconştiente de tip arhi- şi paleopsihic.

Se poate afirma că agorafobia, ca şi oricare altă fobie are nu numai origine, existenţă dar şi structură subconştientă şi în genere opus conştiinţei cu funcţiile sale reglatorii normale de unificare, integrare şi de sinteză psihică superioară. Fobia şi în particular agorafobia cu trăirile sale angoasante traduce, îndeosebi în cazul stărilor de panică, o conştiinţă falimentară - în imposibilitate de echilibrare ideo-afectivă intelectualizată, superioară - predispusă către o prăbuşire adaptativă de nivel magic, cu elaborarea unor conduite centrifugale, care exagerează în cascadă subiectivitatea deturnantă spre un interior răvăşit, dezorganizant, dezadaptat şi degradat retrospectiv, cât şi actual şi proiectiv, cu dominarea senzorio-motorie şi viscero-vegetativă, dezastruoasă cel mai adesea.

Unul din pacienţii noştri suferind de agorafobie cu frecvente decompensări anxioase de tip panică nu se deplasa de acasă spre mijlocul oraşului decât dacă pleca împreună cu soţia.

Înainte de a pleca din casă era cuprins de o stare de neliniște intensă, încodat, anxios și nesigur pe el așteptând cu încordare să nu apară din nou, în mijlocul oașului, un nou atac de panică. Deplasarea până în centrul orașului o făcea pe jos deoarece nu putea suporta să intre într-un autobuz, automobil sau tramvai de frică să nu i se întâmple ceva grav. La ieșirea din casă trebuia să ia o tabletă dintr-un medicament anxiolitic „cârja spirituală și îngerul păzitor" cum o denumea pacientul. De la ieșirea din casă și până la reântoarcere nu-i dădea drumul de mână soției. Se comporta „exact ca un copil care se teme pe stradă de câini" spunea soția. Cea mai mare frică o avea la traversarea pieților, a străzilor, a podurilor obișnuite sau locurilor înalte. În același timp evita aglomerația motiv pentru care nu mai fusese la cinematograf de la vârsta adolescenței. La fel nu folosea ascensorul în blocurile de locuințe unde trebuia să meargă în vizită rareori.

Trebuind să ajungă la spital la prima oră dimineața pentru efectuarea unor analize de laborator, pacientul a fost adus de soția sa dimpreună cu doi frați, cu un automobil. Deplasarea s-a făcut cu o extremă dificultate deoarece în primul rând nu suporta să meargă într-un automobil, motiv pentru care a trebuit încadrat în interiorul automobilului de frații săi, pentru a nu deschide portiera la traversarea pieților în mijlocul cărora trăia o stare de panică deosebită. Această teamă terorizantă s-a accentuat în mod deosebit în momentul când a trebuit să pacurgă cu automobilul un pod suspendat peste calea ferată. Cu greu a putut fi stăpânit de această dată să nu sară din autovehicol. În momentul când a ajuns la clinică, pacientul era palid, transpirat, tahicardic, epuizat de drumul care-l parcursese cu un efort insuportabil. În momentul când a trebuit să i se preleveze cantitatea de sânge necesară pentru analizele curente, pacientul a avut o stare lipotimică la vederea acului pentru puncția venoasă.

Bun pofesionist, pacientul a trebuit să renunțe la o slujbă foarte bine remunerată în cadrul unei instituții care era mai departe de domiciliul său în schimbul unui serviciu care era doar la câteva sute de metri de casă.

Singur nu ieșea din casă pentru a efectua cumpărături sau pentru realizarea unor obligații familiale. Devenise absolut dependent față de soția sa.

În casă avea frică de obiectele ascuțite și mai ales nu suporta să vadă cum soția sa folosește cuțitul pentru realizarea gesturilor necesare preparării alimentelor.

Dacă simte nevoia de plimbare iese afară singur doar în jurul blocului de locuinţe unde îşi are domiciliul. Merge la serviciu ţinându-se aproape de o persoană care se deplasează în aceeaşi direcţie, dar cel mai adesea pleacă dimpreună cu soţia sa. Se întoarce acasă de obicei însoţit de unul din colegii săi de serviciu.

De remarcat dificultatea cu care bolnavul se deplasează, panica ce-l cuprinde în spaţiile deschise, senzaţia de vertij, de ameţeală, anxietatea, derealizarea, depersonalizarea fenomene care duc uneori la grave dificultăţi şi neânţelegeri familiale.

Circumstanţele care pot favoriza apariţia agorafobiei sunt reprezentate de traume psihice majore: moartea unei rude, schimbarea domiciliului, vederea unui accident grav pe stradă, sau într-un magazin , sarcina etc. Frecvent (44% cazuri) agorafobia apare la pacienţi prezentând *prolaps de valvă mintală.*

O pacientă a noastră prezentând o sarcină cu disgravidie, căreia i se atrăsese atenţia să stea mai mult timp la pat, împotriva prescripţiilor medicale, iese la plimbare de una singură şi întâmplarea face ca în momentul când traversa piaţa publică din mijlocul oraşului să piardă sarcina prin avort spontan. Această întâmplare a constituit un traumatism psihic de o intensitate şi semnificaţie deosebită, pacienta dorind nespus de mult să aibă un copil. La câteva săptămâni de la acest accident s-a instalat teama de spaţiile deschise, încât de fiecare dată de câte ori trebuie să traverseze un loc deschis prezintă stare de anxietate, iar atunci când împrejurările fac să fie nevoită să traverseze piaţa unde s-a petrecut accidentul intră într-o intensă stare de panică. În mod obişnuit nu mai traversează nici o piaţă ci efectuează înconjurul lor pe străzi lăturalnice cu cheltuială evidentă de energie şi de timp importante.

Tulburările anxioase de tip fobic sau obsesiv sunt frecvent întâlnite în populaţia generală. Pe de altă parte, aşa cum s-a observat din cele de mai sus, tulburările fobice şi îndeosebi agorafobia, ca şi tulburările obsesiv-compulsive se însoţesc sau sunt precedate de atacuri de panică.

În literatura internaţională (DSM-III, DSM-IV, CIB-10) se disting *fenomenele de panică fără agorafobie şi fenomene de panică cu agorafobie.*

DSM-III-R - despre agorafobie

Panica cu agorafobie
Panica fără agorafobie

„Elementele esenţiale ale acestor tulburări sunt atacurile recurente de panică, adică perioadele distincte de frică sau disconfort intens, cu cel puţin patru simptome asociate caracteristice. Aceste diagnostice se pun numai când nu poate fi satbilit că un factor organic a iniţiat şi menţinut tulburarea.

Atacurile de panică durează de regulă câteva minute sau, mai rar, câteva ore. Atacurile, cel puţin iniţial, sunt inexpectate, adică nu survin imediat înainte de, sau la expunerea la o situaţie care aproape totdeauna cauzează anxietate (ca în fobia simplă). În afară de aceasta, atacurile nu sunt declanşate de situaţiile în care persoana se află în centrul atenţiei altora (ca în fobia socială). Aspectul "inexpectat" al atacurilor de panică este un element esenţial al tulburării, deşi mai târziu, în cursul perturbării, anumite situaţii, cum ar fi condusul unui automobil sau aflatul într-o intersecţie, pot fi asociate cu un atac de panică. Aceste situaţii cresc probabilitatea apariţiei unui atac la câtva timp de când persoana se află în acea situaţie, deşi nu imediat după intrarea în situaţie, ca în fobia simplă. Într-o astfel de situaţie, persoana se teme să nu aibă un atac de panică, dar are incertitudini în legătură cu momentul când poate surveni, sau dacă va surveni până la urmă.

Atacurile de panică încep de regulă cu debutul brusc al unei aprehensiuni, frici sau terori intense. Adesea există o senzaţie de moarte iminentă. Mult mai rar, persoana nu experientează atacul de panică sub formă de anxietate, ci numai ca un intens disconfort. În timpul celor mai multe atacuri de panică există mai mult de şase simptome asociate. (Atacurile implicând patru sau mai multe simptome sunt definite ca atacuri de panică; atacurile implicând mai puţin de patru simptome sunt atacuri cu simptome limitate. Vezi agorafobia fără atacuri de panică.)

Simptomele experientate în cursul unui atac sunt senzaţiile de scurtare a respiraţiei (dispneea) sau de sufocare, ameţelile, senzaţiile de dezechilibru sau de leşin, senzaţia de strangulare, palpitaţiile sau accelerarea ritmului cardiac, tremurăturile sau secusele, transpiraţiile, greaţa sau detresa abdominală, depersonalizarea sau derealizarea, amorţelile sau furnicăturile, (parestezиile), congestia facială (valuri de căldură) sau frisoanele,

durerea sau disconfortul în piept, frica de moarte, frica de a nu înebuni sau de a nu face ceva necontrolat în timpul atacului.

În marea majoritate a cazurilor de panică văzute în clinică, persoana a prezentat şi unele simptome de agorafobie. Agorafobia este frica de a se afla în situaţii sau locuri din care scăparea este dificilă (sau jenantă), sau în care nu poate fi accesibil ajutorul, în eventualitatea unui atac de panică. Ca rezultat al acestei frici există restricţii în a călători ori necesitatea unui companion când pleacă de acasă, sau există suportarea situaţiilor agorafobice cu toată anxietatea intensă. Situaţiile agorafobice comune includ aflatul în afara casei, singur(ă), aflatul într-o intersecţie, sau statul la rând, aflatul pe un pod, călătoria cu autobuzul, cu trenul sau cu autoturismul. (Agorafobia include de asemenea acele cazuri inhabituale în care comportamentul de evitare persistent ia naştere în cursul fazei active a panicii, şi nu ulterior, de frică de a nu avea un atac de panică).

Elemente asociate. Persoana dezvoltă adesea diverse grade de nervozitate şi de aprehensiune între atacuri, centrate pe frica de a nu avea alt atac. O tulburare depresivă coexistentă este adesea prezentă.

Etatea de debut. Etatea medie la debut se situează spre finele anilor 20.

Evoluţie. De regulă există atacuri recurente de panică de mai multe ori pe săptămână sau chiar zilnic. În foarte rare cazuri, există numai un singur atac, urmat de o frică persistentă de a nu avea un alt atac. Tulburarea poate fi limitată la o singură perioadă scurtă, durând mai multe săptămâni sau luni, se poate repeta de mai multe ori, sau, mai tipic (în special în panica cu agorafobie), poate dura ani de zile, cu perioade variabile de remisiune parţială sau completă şi perioade de exacerbare. În timpul perioadelor de remisiune parţială pot surveni atacuri cu simptome limitate (aşa cum au fost definite mai sus).

Deteriorare. Panica fără agorafobie poate să nu fie asociată cu nici o deteriorare, sau doar cu o deteriorare limitată în activitatea socială sau profesională. Panica cu agorafobie, prin definiţie, este asociată cu deverse grade de restrângere a stilului de viaţă. Când agorafobia este severă, persoana este aproape sau complet limitată la casă ori este incapabilă să plece de acasă neânsoţită.

Complicaţii. Complicaţiile includ tulburările cauzate de uzul de substanţă psihoactivă, în special de alcool şi de anxiolitice.

Factori predispozanţi. Anxietatea de separare în copilărie şi pierderea bruscă a suporturilor sociale sau ruperea unor relaţii interpersonale importante, predispun, după cât se pare, la dezvoltarea acestei tulburări.

Prevalenţă. Tulburarea este frecventă. În condiţii clinice, panica cu agorafobie este mult mai frecventă decât panica fără agorafobie.

Rata sexului. Pe eşantioanele clinice, panica fără agorafobie este aproximativ la fel de frecventă la bărbaţi şi la femei; panica cu agorafobie este de aproximativ două ori mai frecventă la femei decât la bărbaţi.

Diagnostic deferenţial. Diagnosticul este pus numai când nu poate fi stabilit că un factor organic a iniţiat şi menţinut tulburarea. **Tulburările somatice**, ca de exemplu hipoglicemia, feocromocitomul, şi hipertiroidismul, care toate pot cauza simptome similare, trebuie să fie luate în consideraţie ...

În **abstinenţa** de unele substanţe, cum sunt barbituricele, şi unele **intoxicaţii induse de substanţele psihoactive**, cum sunt cele datorate **cafeinei** şi **amfetaminelor**, pot exista atacuri de panică. Panica nu trebuie diagnosticată când atacurile de panică se datoresc ingestiei unei substanţe psihoactive.

În cursul unui **episod depresiv major** pot exista atacuri de panică neaşteptate, în care caz va fi pus atât diagnosticul de tulburare afectivă cât şi diagnosticul de panică. La fel, dacă în cursul **tulburării de somatizare** survin atacuri de panică, va fi pus şi diagnosticul adiţional de panică.

În general, oamenii cu panică dezvoltă diverse grade de nervozitate şi aprehensiune între atacuri. Când aceasta este centrată pe frica de a nu avea un alt atac (aşa cum este de regulă cazul), diagnosticul adiţional de **anxietate generalizată** nu va fi pus. Mai rar însă, centrul atenţiei poate să nu fie frica de a nu avea un alt atac de panică, în care caz diagnosticul de anxietate generalizată va fi luat în consideraţie.

În **fobia simplă**, persoana poate dezvolta atacuri de panică dacă este expusă la stimulul fobic. Însă, în astfel de situaţii, atacul de panică survine imediat înainte de, sau după expunerea la situaţia fobică, iar intensitatea sa variază în măsura în care stimulul fobic se apropie sau se depărtează. În panică, din contra, chiar când atacurile sunt asociate cu anumite situaţii, cum ar fi a te afla departe de casă singur(ă), sau statul la rând, persoana nu este niciodată sigură când va surveni atacul în acea situaţie sau dacă va surveni până la urmă.

În **fobia socială**, persoana poate dezvolta atacuri de panică declanşate numai de situaţia de a fi centrul atenţiei altora, pe când în panică, prin definiţie, atacurile de panică nu sunt declanşate în acest mod. Oamenii cu panică pot avea, însă, o fobie simplă sau o fobie socială, fără legătură cu aceasta.

Criterii de diagnostic pentru panică.

A. La un moment dat în cursul tulburării au survenit unul sau mai multe atacuri de panică (perioade distincte de frică sau disconfort intens) şi care au fost (1) inexpectate (adică nu survin înainte de, sau la expunerea la o situaţie care aproape totdeauna cauzează anxietate), şi (2) nedeclanşate de situaţii în care persoana se află în centrul atenţiei altora.

B. Fie că patru atacuri, aşa cum au fost definite la criteriul A, au survenit în decursul unei perioade de patru săptămâni, fie că unul sau mai multe atacuri au fost urmate de o perioadă de cel puţin o lună de teama persistentă de a nu avea alt atac.

C. Cel puţin patru din următoarele simptome au apărut în cel puţin unul din atacuri:

1. senzaţii de scurtare a respiraţiei (dispnee) sau de sufocare
2. ameţeală, senzaţii de dezechilibru, sau leşin
3. palpitaţii sau ritm cardiac accelerat (tahicardie)
4. tremurături sau trepidaţii
5. transpiraţie
6. senzaţie de strangulare
7. greaţă sau durere abdominală
8. depersonalizare sau derealizare
9. amorţeli sau furnicături (parestezii)
10. congestia feţii (valuri de căldură) sau frisoane
11. durere sau disconfort în piept
12. frica de moarte
13. frica de a nu înebuni sau de a nu face ceva necontrolat.

Notă: atacurile implicând patru sau mai multe simptome sunt atacuri de panică; atacurile implicând mai puţin de patru simptome sunt atacuri cu simptome limitate (vezi agorafobia fără istoric de panică).

D. Cel puţin în timpul unora dintre atacuri, cel puţin patru din simptomele de la C survin brusc şi cresc în intensitate în curs de zece minute de la începutul primului simptom de la C notat în atac.

E. Nu poate fi stabilit că un factor organic a iniţiat şi menţinut perturbarea, de exemplu, intoxicaţia cu cafeină, hipertiroidismul.

Notă: prolapsul valvei mitrale poate fi o condiţie asociată, dar nu exclude diagnosticul de panică.

Tipurile de panică.

Criterii de diagnostic pentru panica cu agorafobie.

A. Satisface criteriile pentru panică.

B. *Agorafobia*: frica de a se afla în locuri sau situaţii din care scăparea poate fi dificilă (sau jenantă), sau în care ajutorul nu poate fi accesibil, în eventualitatea unui atac de panică. (Include cazurile în care comportamentul de evitare persistent ia naştere în timpul unei faze active a panicii, chiar dacă persoana nu atribuie comportamentul de evitare a fricii de a avea un atac de panică). Ca rezultat al acestei frici persoana îşi reduce fie deplasările, fie necesită un însoţitor când se află în afara casei, sau suportă situaţiile agorafobice cu toată anxietatea intensă. Situaţiile agorafobice includ aflatul în afara casei, singur(ă), aflatul într-o intersecţie, statul la rând, aflatul pe un pod, şi călătoria cu autobuzul, trenul sau autoturismul.

De specificat severitatea actuală a evitării agorafobice:

Uşoară: o oarecare evitare (sau suportare cu suferinţă), dar un mod de viaţă relativ normal, de exemplu, persoana călătoreşte neânsoţită când este necesar, ca de exemplu, a merge la serviciu sau la magazin; altminteri evită să călătorească singură.

Moderată: evitarea conduce la restrângerea modului de viaţă, de exemplu, persoana este capabilă să plece de acasă singură, dar nu merge mai mult de câteva mile, neânsoţită.

Severă: evitarea conduce persoana la a fi complet sau aproape complet redusă la casă, ori incapabilă să plece de acasă neânsoţită.

În remisiune parţială: nici o evitare agorafobică, actuală, dar o oarecare evitare agorafobică în cursul ultimelor şase luni.

În remisiune completă: nici o evitare agorafobică actuală şi nici una în cursul ultimelor şase luni.

De specificat severitatea actuală a atacurilor de panică:

Uşoară: în cursul ultimei luni, fie toate atacurile au fost atacuri cu simptome limitate (adică mai puţin de patru simptome), sau nu a existat mai mult decât un atac de panică.

Moderată: în ultima lună atacurile au fost intermediare, între "uşoare" şi "severe".

Severă: în cursul ultimei luni au existat cel puţin opt atacuri de panică.

În remisiune parţială: condiţia a fost intermediară între "în remisiune completă" şi "uşoară".

În remisiune completă: în cursul ultimelor şase luni, nu au existat atacuri de panică sau atacuri cu simptome limitate.

Criterii de diagnostic pentru panica fără agorafobie.

A. Satisface criteriile pentru panică.

B. Absenţa agorafobiei, aşa cum este definită mai sus.

De specificat severitatea actuală a atacurilor de panică, aşa cum este definită mai sus.

Agorafobia fără istoric de panică.

Elementul esenţial al acestei tulburări este agorafobia fără un istoric de panică. Agorafobia este frica (cuiva) de a se afla în locuri sau situaţii din care scăparea este dificilă (sau jenantă), sau în care nu poate fi accesibil ajutorul, în eventualitatea dezvoltării brusce a simptomului (simptomelor), care poate fi incapacitant sau extrem de jenant. Ca rezultat al acestei frici, persoana îşi reduce deplasările fie necesită un însoţitor când pleacă de acasă, sau dacă nu, îndură situaţiile agorafobice cu toată anxietatea intensă. Situaţiile agorafobice comune includ aflatul în afara casei singur(ă), aflatul într-o intersecţie, statul la rând, aflatul pe un pod, şi călătoria cu autobuzul, trenul, sau autoturismul.

De regulă, persoana se teme să nu aibă un *atac cu simptome limitate*, adică să nu dezvolte decât un simptom sau un mic număr de simptome, cum ar fi ameţeala sau leşinul, depersonalizarea sau derealizarea, pierderea controlului vezicii urinare sau sfincterului anal, vărsăturile, ori să aibă o tulburare cardiacă. În unele din aceste cazuri, astfel de simptome au survenit în trecut, iar persoana poate fi preocupată de frica reapariţiei lor. În alte cazuri, persoana nu a experientat niciodată simptomul (simptomele) dar, cu toate acestea, se teme că simptomul "ar putea" să apară şi s-o incapaciteze sau să fie extrem de jenant. Într-un mic număr de cazuri, persoana se teme că va fi incapacitată într-un anumit mod, dar este incapabilă să specifice de care simptom se teme.

Este neclar faptul dacă agorafobia fără istoric de panică cu atacuri de simptome limitate reprezintă o variantă a panicii cu agorafobie, şi dacă aceeaşi tulburare fără atacuri cu simptome limitate reprezintă o tulburare care nu are legătură cu panica.

Elemente asociate. Poate fi prezentă o tulburare de personalitate, în special elemente ale tulburării de personalitate de tip evitat.

Etatea la debut. Etatea la debut este variabilă, dar cel mai frecvent tulburarea începe în anii 20 sau 30.

Evoluţie. De regulă tulburarea persistă ani de zile.

Deteriorarea. În eşantioanele clinice deteriorarea este de regulă severă.

Complicaţii. Unii oameni dezvoltă ulterior panică.

Factori predispozanţi. Nici o informaţie.

Prevalenţă. În eşantioanele clinice tulburarea este rară. Ea poate însă fi mai frecventă în populaţia generală.

Rata sexului. Tulburarea este diagnosticată, de departe, mult mai frecvent la femei decât la bărbaţi.

Diagnostic diferenţial. Într-o **tulburare psihotică cu elemente de persecuţie**, persoana poate evita situaţiile pe care le consideră că o fac vulnerabilă la a fi atacată. În **episodul depresiv major sever**, persoana poate evita situaţiile pe care le experientează ca insurmontabile. În nici unul din aceste cazuri, însă, persoana respectivă nu se teme de apariţia bruscă a unui simptom care ar fi extrem de jenant sau incapacitant.

În **panica cu agorafobie**, atacurile de panică pot fi în remisiune completă în timp ce agorafobia persistă, dar un istoric de panică va exclude un diagnostic curent de agorafobie fără istoric de panică. (Notă: panica nu include un diagnostic preexistent de agorafobie fără istoric de panică). În cazurile extrem de severe de **fobie socială**, persoana poate evita acelaşi fel de discuţii care sunt evitate în agorafobia fără istoric de panică. Motivul este însă mai curând acela de a evita să facă ceva sau de a acţiona într-un mod care ar putea fi jenant sau umilitor, decât de a evita dezvoltarea bruscă a unui simptom.

Criterii de diagnostic pentru agorafobia fără istoric de panică.

A. Agorafobia: frica de aflarea în locuri sau situaţii din care scăparea este dificilă (sau jenantă), sau în care nu poate fi accesibil ajutorul, în eventualitatea dezvoltării brusce a unui simptom (simptome), care poate fi incapacitant sau extrem de jenant. Exemplele includ ameţeala sau leşinul, depersonalizarea sau derealizarea, pierderea controlului vezicii urinare sau sfincterului anal, vărsăturile, ori tulburările cardiace. Ca rezultat al acestei frici,

persoana îşi reduce deplasările în afara casei, fie că necesită un însoţitor când pleacă de acasă, altfel îndură situaţiile agorafobice cu toată anxietatea intensă. Situaţiile agorafobice comune includ aflatul în afara casei singur(ă),aflatul într-o aglomeraţie sau statul la rând, aflatul pe un pod, şi călătoria cu autobuzul, trenul, sau autoturismul.

B. Nu a satisfăcut niciodată criteriile pentru panică.

De specificat, cu sau fără atacuri cu simptome limitate." (DSM-III-R)

Fobiile simple sau Fobiile specifice.

"Elementul esenţial al acestei tulburări este frica persistentă de un stimul (obiect sau situaţie), alta decât frica de a nu avea un atac de panică (ca în panică) sau de umilire ori ambarasare în anumite situaţii sociale (ca în fobia socială). Fobiile simple sunt denumite uneori drept "fobii specifice". Cele mai comune fobii simple în populaţia generală, deşi nu în mod necesar la cei care solicită tratament, implică animale, în special câini, şerpi, insecte şi şoareci. Alte fobii implică vederea sângelui sau a plăgilor (fobia de plăgi şi sânge), spaţiile închise (claustrofobia), înălţimile (acrofobia) şi călătoria cu avionul.

În timpul oricărei faze a tulburării, expunerea la stimulul (stimulii) fobic simplu provoacă aproape invariabil un răspuns anxios imediat. Astfel, de exemplu, o persoană cu o fobie simplă de pisici, când este forţată să se confrunte cu o pisică, va avea aproape invariabil un răspuns anxios imediat, de exemplu, se va simţi cuprinsă de panică, va prezenta transpiraţii, tahicardie şi dificultate în respiraţie. Anxietatea creşte sau descreşte de o manieră cu totul previzibilă în funcţie de modificările în situarea sau natura stimulului fobic (de exemplu, înălţimea unui edificiu, apropierea pisicii, mărimea sau comportamentul câinelui).

O anxietate anticipatorie marcată survine dacă persoana este confruntată cu necesitatea intrării într-o situaţie fobică simplă, şi astfel de situaţii fobice sunt de aceea evitate. Mai rar, persoana se forţează să îndure situaţia fobică simplă, dar aceasta este experientată cu o anxietate intensă. Invariabil, persoana recunoaşte că frica sa este excesivă sau iraţională.

Diagnosticul de fobie simplă este pus numai dacă comportamentul de evitare interferează cu rutina normală a persoanei sau cu activităţile sociale uzuale ori cu relaţiile cu alţii, sau dacă există o suferinţă marcată în legătură cu faptul de a-i fi frică.

Elemente asociative. Fobia socială fără legătură (cu fobia simplă) şi panica cu sau fără agorafobie, sunt adesea prezente. Fobiile de plăgi sângerânde sunt asociate frecvent cu colaps vasovagal la expunerea la stimulul fobic.

Etatea la debut. Etatea la debut variază, dar fobiile de animale încep aproape totdeauna în copilărie. Fobiile de plăgi şi sânge încep cel mai frecvent în adolescenţă sau precoce în viaţa adulată; fobiile circumscrise la înălţimi, de condus un autovehicul, de spaţii închise, şi de a călători cu avionul par a începe cel mai frecvent în cea de a patra decadă de viaţă.

Evoluţie. Cele mai multe fobii simple care încep în copilărie dispar fără tratament. Cele care persistă până în perioada adultă însă, se remit rar fără tratament.

Deteriorare. Deteriorarea poate fi minimă, dacă obiectul fobic este rar şi uşor de evitat, cum este frica de şerpi la cineva care locuieşte la oraş. Deteriorarea poate fi considerabilă, dacă obiectul fobic este comun şi nu poate fi evitat, cum este frica de ascensoare la cineva care locuieşte într-un oraş mare şi trebuie să utilizeze ascensorul la serviciu.

Complicaţii şi factori predispozanţi. Nici o informaţie.

Prevalenţă. Fobiile simple sunt frecvente în populaţia generală dar, deoarece ele duc rar la o deteriorare marcată, oamenii cu această tulburare solicită rar tratament.

Rata sexului. Tulburarea este diagnosticată mai frecvent la femei.

Diagnostic diferenţial. În **schizofrenie** pot fi evitate anumite activităţi ca răspuns la ideile delirante, dar într-o astfel de situaţie persoana nu recunoaşte că frica sa este excesivă sau iraţională.

În **stresul posttraumatic**, evitarea fobică a stimulilor asociaţi cu trauma este frecvent prezentă. În **tulburarea obsesivo-compulsivă**, evitarea fobică a anumitor situaţii care sunt asociate cu anxietate în legătură cu murdăria sau cu contaminarea este frecventă. Diagnosticul de fobie simplă nu va fi pus în nici unul din aceste cazuri.

Criterii de diagnostic pentru Fobia simplă.

A. Frică persistentă de un stimul circumscris (obiect sau situaţie), alta decât frica de a avea un atac de panică (ca în panică) sau de umilire ori de perplexitate în anumite situaţii sociale (ca în fobia socială).

Notă: a nu se include fricile care sunt parte a panicii cu agorafobie sau agorafobia fără istoric de panică.

B. În timpul oricărei faze a tulburării, expunerea la stimulul (stimulii) fobic specific provoacă aproape invariabil un răspuns anxios imediat.

C. Obiectul sau situaţia este evitată sau suportată cu anxietate intensă.

D. Frica sau comportamentul de evitare interferează semnificativ cu rutina normală a persoanei sau cu activităţile sociale uzuale ori cu relaţiile cu alţii, sau există o suferinţă marcată în legătură cu faptul de a-i fi frică.

E. Persoana recunoaşte că frica sa este excesivă sau iraţională.

F. Stimulul fobic este fără legătură cu conţinutul obsesiei din tulburarea obsesivo-compulsivă sau al traumei din stresul posttraumatic." (DSM-III-R)

Claustrofobia

O altă fobie de situaţie dintre cele mai frecvente şi nu mai puţin gravă totodată, este cea a spaţiilor închise - *claustrofobia* - (Verga) semnalată apoi de Beard la New-York sub denumirea de *topofobie*, de Raggi şi ulterior de Meschede, descrisă de Ball în 1879 ca *amaxofobie* şi apoi de către Magnan şi alţii. În diverse momente ale nictemerului dar în special noaptea, apare frica - panica teribilă, violentă, constictivă a bolnavului de a se şti într-un spaţiu închis în care, crede angoasat intens şi invincibil, că se va sufoca şi că nu va mai putea ieşi, ceea ce-l determină să deschidă uşa şi ferestrele unde se află, să se aşeze aproape de uşă în tramvai, autobuz, în tren, în ascensor sau în sălile de spectacol etc.

Un bolnav descris de Ball (1879) era cuprins de o intensă senzaţie de angoasă constrictivă „comparabilă cu aceea care se poate resimţi târându-te printr-un pasaj din ce în ce mai strâmt, până la punctul în care unde, strâns între pereţi, nu se mai poate nici avansa, nici retrage". Tot Ball descrie un alt bolnav care cursul nopţii nu era capabil să stea în casă decât dacă lăsa ferestrele şi uşile deschise de la camera şi apartamentul în care locuia... În alte nopţi, cuprins de o

„neliniște invincibilă" nu mai putea rămâne în casă, deschidea porțile curții și rătăcea pe străzi toată noaptea.

Bolnavii claustrofobici se află în imposibilitatea totală sau parțială de a utiliza în mod normal ascensorul, de a se deplasa cu trenul într-un compartiment de vagon, de a lucra într-un birou singuri, de a lucra în spații închise, de a sta la un curs într-o sală închisă dacă sunt elevi, studenți sau profesori, de a locui la un hotel preferând să stea în spații deschise, de a trece printr-un tunel, printr-un pasaj, de a lucra într-o mină, de a coborâ într-o fântână, de a intra într-o peșteră etc. În alte cazuri din cauza claustrofobiei bolnavii nu merg la cinematograf și nu intră în sălile de teatru. În acest din urmă caz se va cerceta dacă în realitate nu este o frică de mulțime (demofobie), frica de a nu se asfixia sau de a nu fi strivit de mulțime.

Meschede comunică cazul unui bolnav în vârstă de douăzeci de ani care în momentul când trebuia să intre într-o cameră de dimensiuni mai mici sau într-un local cu camere mici, era cuprins de o stare de angoasă exprimată prin senzație de dispnee, sufocare și vertij. Acestea au fost motivele pentru care tânărul și-a întrerupt studiile, s-a angajat la un fermier, dormea toată vara sub cerul liber sau în poduri, iar când venea iarna stătea într-o cameră foarte mare însă cu geamurile și cu toate ușile larg deschise.

Claustrofobia este una dintre fobiile frecvente la copil, dar la fel destul de frecventă la femeile cu nevroză fobică.

Una dintre numeroasele bolnave suferind de claustrofobie ne relata următoarele: „un spațiu închis, o cameră de dimensiuni mici, liftul îmi dă totdeauna senzația unei capcane îngrozitoare, insuportabile. Dacă aș fi pusă în situația de a mă apăra împotriva unui pericol de moarte pentru nimic în lume nu m-aș ascunde într-un spațiu închis pentru că sunt sigură că aș muri sufocată. Nu am nici curajul să înfrunt pericolul și de multe ori m-am gândit că cel mai simplu este să aleg fuga „... fuga nebună, dezlănțuită ...".

Frica de spațiul închis și îngust al liftului este una dintre fobiile relativ frecvente. O altă pacientă nu folosește liftul niciodată deși locuiește la etajul cinci al unui bloc de apartamente. Chiar dacă ar fi însoțită nu urcă în lift. În cazul său fobia de spațiul închis (claustrofobia) a survenit în urmă cu cinci ani înaintea internării când datorită unei defecțiuni liftul în care era s-a oprit în coborâre între etaje. „Am crezut că mor acolo sufocată, eram gata să leșin. Băteam în ușa liftului cu o disperare nebună. N-am trăit în viața mea o teamă mai groaznică decât aceea când eram singură în cușca aceea în care simțeam că aș fi parcă într-un sicriu".

Aşa cum vedem, claustrofobia este declanşată de prezenţa pacientului într-un spaţiu mic şi închis şi se exprimă printr-un atac de nelinişte însoţit de impresia strâmtorării spaţiului, de senzaţia că-i lipseşte aerul, că se sufocă. Bolnavul claustrofobic descrie neliniştea sa, aşa cum s-a văzut mai sus, ca o frică de a fi strivit de pereţii spaţiului în care se află aceşti bolnavi, având sentimentul de siguranţă numai la ei acasă iar în alte cazuri nici la ei acasă. Aici se va avea în vedere diferenţierea de monofobie (frica de a fi singur). Modul în care este motivată claustrofobia este dintre cele mai diverse: lipsa aerului curat, frica de incendii, frica de a nu se sufoca etc. şi în ultimă instanţă frica de a nu muri (tanatofobia) prin sufocare, asfixie, etc.

Se consideră că fobia de spaţii închise este datorată fricii de a pierde contactul cu exteriorul. De aceea una din cele mai frecvente conduite contrafobice ale claustrofobiei este ieşirea din spaţiul închis, deschiderea ferestrelor, ieşirea în spaţii deschise, ceea ce îi permite, în curs de câteva minute până la stingerea angoasei şi a trăirilor penibile să rămână în interiorul spaţiului fobogen mai mult timp (de exemplu în birou, atelier etc.) pentru a-şi realiza îndatoririle sale socio-profesionale sau instructiv-educative.

Clitrofobia (cleitrofobia) înseamnă frica de a sta cu ferestrele închise, frica de aer închis, creează în primul rând senzaţia de captivitate, de limitare a spaţiului existenţial. „Într-o asemenea situaţie, când totul este închis (geamuri, uşi) în camera în care mă aflu - spune o bolnavă - mă cuprinde o ameţeală apăsătoare şi străruitoare şi teama de a mă sufoca şi de a nu-mi pierde conştiinţa. Într-un spaţiu strâmt în afară de această stare de ameţeală şi de sufocare, cercetez cu anxietate aşteptând cu teamă apariţia vreunei persoane agresive sau vederea unui chip care să mă înspăimânte. Auzul este atunci încordat la maximum, gata oricând să descopere cele mai mici zgomote aducătoare de nenorocire. În unele cazuri aş fi dorit să deschid ferestrele pentru ca zgomotele din afară, de exemplu, să diminueze tăcerea sumbră dinlăuntrul camerei. De multe ori, deşi îmi este frică de ferestrele închise, totuşi închid fereastra, mai ales dacă sunt singură acasă de frică să nu intre cineva înăuntru pe fereastră, văzându-mă că sunt singură în casă. Frica mai mare învinge frica mai mică!". În adevăr o dominantă mai puternică inhibă o dominantă mai slabă şi o include în interiorul său slăbindu-i capacitatea de manifestare chiar dacă n-o anulează, ea conţinând să supravieţuiască în structurile subconştiente ale pacientului spre a reînvia atunci când condiţiile fobogene care i-au dat naştere reapar

cu aceeaşi intensitate sau cu o intensitate mai mică dar frecvent repetată.

Fobia de mijloacele de transport se situează, ca şi în descrierea lui Ball, într-un registru foarte înrudit cu claustrofobia când este vorba de frica de trăsură (*amaxofobia*) sau frica de drumul de fier de care suferea şi Freud sau de mijloacele moderne de transport (metrou, trecerea trenului printr-un tunel etc.). În ceea ce priveşte teama deplasării cu vehicule care circulă la suprafaţă, fobicul trăieşte frica de a nu mai fi posibilă ieşirea din vagon, de a nu putea deschide fereastra, de a nu ieşi din mijlocul de transport, frica de viteză prea mare sau prea mică, frica de a nu-şi schimba în mod voluntar itinerarul sau de a opri după voie maşina care îl transportă sau pe care o conduce, precum şi frica de a nu se accidenta din cele mai diverse motive în cursul deplasării cu vehiculul de transport.

Cel mai frecvent întâlnite sunt fobiile de metrou, autobuz, tren, avion, automobil, trăsură etc.

Un pacient examinat de noi şi tratat ambulator, intelectual cu o cultură vastă şi în acelaşi timp un bun şi experimentat conducător auto, s-a prezentat la consultaţie pentru o stare vertiginoasă intensă, cu acuze de tulburări de echilibru, cu stare de anxietate intensă, după ce în prealabil fusese examinat în diverse clinici de specialitate (ORL, neurologie, neurochirurgie, oftalmologie, efectuându-se inclusiv o tomografie computerizată pentru excluderea unei suferinţe intracerebrale etc.). Toate examinările n-au evidenţiat modificări care să justifice acuzele vertiginoase şi anxietatea atât de intense pe care le acuza. După lungi întrevederi şi discuţii amănunţite cu pacientul s-a evidenţiat că simptomatologia clinică pe care o acuza era în fond determinată de perspectiva de a efectua o călătorie cu avionul în SUA, unde se află şi acum fiica sa, călătorie pe care obligatoriu se impunea s-o realizeze spre a participa la căsătoria şi nunta fiicei sale. Cu cât mai mult se apropia data plecării, cu atât simptomatologia clinică devenea mai intensă. După un număr de şedinţe de psihoterapie hipnotică starea clinică s-a ameliorat, simptomatologia obsesivo-fobică a diminuat ca intensitate. Pacientul a fost asigurat că nu-i va fi rău în cursul călătoriei cu avionul, că va suporta foarte bine călătoria, dacă atunci când va urca în avion va lua medicamentul pe care i-l voi înmâna la plecare, medicament care urma să-l aibă asupra sa la urcarea în avion. Medicamentul era în fond un praf în care se amestecase două comprimate de aspirină şi o tabletă de oxazepam, medicamentul tranchilizant cel mai uşor. Totul a decurs în mod

normal atât la plecarea cât şi la întoarcerea cu avionul. Fobia însă de a călători cu avionul se menţine şi în prezent.

Un alt caz este al unei paciente care preferă să meargă până la serviciu pe jos aproape doi kilometri la dus şi tot atâţia la întors deşi are la dispoziţia sa atât tramvaiul cât şi autobuzul. Chinul este deosebit cu atât mai mult cu cât face acest drum de dus şi întors de peste douăzeci de ani.

O altă pacientă a noastră de câte ori trebuie să se interneze în spital sau să vină să consulte ambulator medicul curant vine pe jos pe o distanţă de trei kilometri deşi are la dispoziţie autobuzul care o poate aduce până la intrarea în spital.

Recent o altă pacientă ne relatează că după o perioadă de solicitare fizică şi psihică intensă a trebuit să se deplaseze cu automobilul într-o altă localitate situată la peste o sută de kilometri depărtare de domiciliul său. În cursul călătoriei a simţit la un moment dat că „nu-mi mai ajunge aerul", respiraţia i-a devenit frecventă şi dificilă, avea senzaţia că o greutate enormă apasă pe faţa anterioară a toracelui, inima a început să bată cu putere „nu mai vedeam şi nu mai auzeam bine", mă simţeam îngrozitor cu senzaţia imensă că „nu mai durează mult şi mor. I-am spus soţului meu să oprească maşina. Am coborât îngrozită din maşină. M-am aşezat pe o pătură cu sentimentul insuportabil al fricii de moarte". Din acel moment pacienta evită să se deplaseze cu maşina.

Fiind totuşi obligată să realizeze unele deplasări din localitate în interes de serviciu a recurs la transportul cu autobuzul. A recurs la acest mijloc de transport cu certitudinea că fiind mai mulţi oameni nu va mai surveni frica deplasării cu automobilul. Realitatea a fost alta. Aflată într-un mijloc de transport aglomerat a început să se sufoce atât pentru motivul că se afla într-un mijloc de transport care „oricând poate avea un accident", iar angoasa a crescut şi mai mult că aflându-se în mijlocul acela aglomerat cu mulţi călători nu va avea posibilitatea să se salveze având toate şansele să fie strivită de ceilalţi călători.

La aceeaşi pacientă frica de a se deplasa a apărut şi în cazul călătoriilor cu trenul. Teama de sufocare şi de asfixie şi de moarte se manifestă şi atunci când trebuie să călătorească cu trenul.

Pacienta precizează că de mică a fost o fire timidă, retrasă şi „foarte temătoare să nu i se întâmple lucruri înspăimântătoare". Când eram mică - precizează - aveam o frică de moarte de întuneric şi de aceea nici când am devenit mai mare nu rămâneam niciodată singură în casă".

Fobia de impulsiune este considerată a fi o teamă intensă, obsedantă ca bolnavul să nu execute un act împotriva voinţei sale, sau de a fi constrâns să-l execute atunci când se află în faţa unui obiect sau situaţii care ar putea fi folosite în sens hetero- sau autoagresiv. Elementul central al fobiei de impulsiune este frica absurdă, ilogică şi paralizantă de a nu-şi pierde autocontrolul în cazul declanşării crizei, fapt ce ar permite iniţierea şi manifestarea involuntară a impulsiei, a fricii obsedante de a realiza impulsiunea.

Fobiile de impulsie cu conţinut homicid apar cel mai adesea la tinerele mame în prezenţa unor cuţite sau obiecte acuţite, trăind frica de a nu le folosi împotriva unor persoane apropiate lor şi mai ales împotriva copiilor. Fobia aceasta apare şi la bărbaţi în legătură cu frica de a aduce cuiva în mod agresiv injurii în public, de a face scandal şi a comite un act omucidar sau de a se sinucide impulsiv prin diverse metode, în ambele situaţii „plecând de la o motivare oarbă care îl face complice la propria sa pierdere" (F. Perrier). De aceea fobia impulsivă nu este propriu-zis o impulsiune cât mai ales fobia obsedantă de a nu fi pradă unei impulsiuni.

Cazuri interesante prezentând fobie de impulsiune apar la tinerele mame după naştere. Noi am avut sub tratament mai multe bolnave internate pentru stare de anxietate intensă determinată de frica de a nu-şi omorâ copilul prin strangulare, sufocare etc. Interesant că în majoritatea cazurilor solicitarea de a fi internate a venit din partea pacientelor, şi că deasemenea aceste manifestări fobice impulsive au survenit atât în perioada de postpostum precoce cât şi în perioada de postpostum tardiv şi de cele mai frecvente ori la pacientele care nu şi-au dorit sarcina.

Evitarea situaţiilor dar şi prezenţa unui însoţitor sau a unui obiect simbol, asigură şi dezvoltă comportamentul contrafobic care pune bolnavul la adăpost de angoasă şi respectiv de realizarea fobiei sale în prezenţa obiectului sau situaţiei fobogene.

Este cunoscut că foarte rar fobicul, de altfel ca şi obsesivul, trec la executarea impulsiunii deoarece, aşa cum observa L. Michaux, fobia de impulsiune nu este propriu-zis o veritabilă impulsiune, ci îndeosebi o *teamă obsedantă* şi intensă de a avea impulsiune şi aceasta spre deosebire de melancolia cu fobii de impulsiune care dacă se corelează cu autoacuzarea, trecerea la act este de cele mai multe ori foarte frecventă şi greu de prevenit.

Conflictul extensiv în relaţia subiect-fobie de impulsiune poate depăşi în plan mintal, ca urmare a extinderii, obiectul fobiei depăşind larg însăşi situaţia fobogenă, fobia devenind astfel o ***frică***

obsedantă permanentă. Când survine o astfel de fobie obsesivă, bolnavul este dominat permanent de o stare de neliniște intensă, durabilă și dramatică, este paralizat de gândul *pericolului potențial* reprezentat de ideile de suicid, homicid, injurii, de defenestrare, de răniri sau de otăviri, se strangulare etc., bolnavul luptând împotriva lor pentru a le lichida, iar când nu reușește, în cele din urmă elaborează strategiile unei situații de evitare. O asemenea situație se observă frecvent în nevroza obsesivă și din fericire nu se ajunge să se realizeze niciodată sau cu totul excepțional prin act în obsesie sau fobie, așa cum se observă în melancolie.

Ceea ce se constată în melancolia cu fobii impulsive este că apariția acestui tip de fobie are aceleași trăsături de particularitate ca și melancolia, fobia impusivă se manifestă în ansamblul psihopatologic particular melancoliei și au caracter de gravitate deosebită, bolnavul melancolic prezentând riscul crescut de a trece la realizarea fobiei impulsive în timp ce în nevroza fobică trecerea la act este rară, dacă nu excepțională.

În raport cu impulsiile adevărate, fobiilor impulsive le lipsește caracterul lor de act automatic.

Fobiile impulsive se apropie de sau se identifică cu obsesiile impulsive din nevroza obsesională, însă în cazul nevrozei obsesionale apare totuși dorința de a executa actul pentru a se simți destins și eliberat de asaltul constrângător al obsesiei impulsive, în ciuda luptei pe care bolnavul o desfășoară , în timp ce în fobia impulsivă pe primul plan este frica de a nu realiza impulsiunea acompaniată de comportamentul contrafobic. În obsesiile impulsive actul nu se realizează decât în mod excepțional și este doar atunci când în evoluția nevrozei obsesive apare ca supraadăugată o stare depresivă, sau o intoxicație alcoolică.

Fobia obsesivă se va diferenția de dromomanie, piromanie, dipsomanie, exhibiționism etc. care nu și-au găsit un loc distinct nici în psihiatria clasică, după cum nici cercetările contemporane nu-i dau încă o încadrare nozologică satisfăcătoare. Acestę tipuri de impulsiuni psihice au o componentă bio-psiho-socială deosebit de complexă, fapt care este demonstrat de aplicarea măsurilor coercitive legale care în unele situații duc la dispariția unor asemenea impulsuri.

Fobia de defenestrare este o fobie tipică de impulsiune care apare cu cea mai mare frecvență la femeile tinere cărora vederea unei ferestre deschise sau aflându-se la înălțime, sunt cuprinse de vertij, de impulsul de a sări în gol, le crează frica de a nu rezista

atracţiei irezistibile şi angoasante de a sări în gol şi care se manifestă aproape la fel ca în angorafobie, în fobia de a trece un pod sau de a fi la înălţime. Bolnavul în mod obişnuit nu relatează cu uşurinţă şi din proprie iniţiativă situaţia fobogenă, dar frica intensă de a se arunca impulsiv prin geamul deschis, plecând de la o motivaţie conştientizată ca iraţională, absurdă şi periculoasă vital, îl face complicele involuntar al propriei sale distrugeri şi atunci urmează instalarea mecanismelor de evitare, de fugă din faţa pericolului sau sunt adoptate conduitele securizante reprezentate de prezenţa unei persoane apropiate alături de bolnav, (ceea ce nu se observă în obsesie) şi care contribuie prin prezenţa sa la înlăturarea impulsiei ameninţătoare şi irezistibile de a plonja.

Acrofobia sau teama de locurile înalte sau de înălţimi ne este descrisă astfel de una dintre paciente: „Totdeauna am avut şi am şi acum frica îngrozitoare dar şi de dorinţa de a urca cât mai sus. Era dorinţa şi teama de a străbate cu privirea priveliştea de jos şi într-un moment de zăpăceală sau de ameţeală de a sări de la înălţime. Simt totdeauna în tot corpul o încordare puternică şi în momentele când privesc îmi este teamă să nu aud vreun sunet care să mă facă să mă dezechilibrez, sau cineva care venind din spate, din imprudenţă să se împiedice şi să mă facă să-mi pierd echilibrul şi să cad în prăpastie. În acele momente, sunt cuprinsă de o teamă insuportabilă şi chiar eu simt că parcă aş vrea să-mi dau drumul peste balustradă, dar mă oprea doar frica de durerea pe care ar fi trebuit s-o suport în cădere la lovindu-mă de stânci de exemplu. Deşi drumul pe care urcam nu prezenta nici un pericol de cădere, numai privind adâncimea ce se deschidea la picioarele mele simţeam că încheieturile mâinilor şi picioarelor nu mă mai ţin, nu puteam să respir adânc, mă înnăduşeam, inima mi se zbătea în piept cu putere, îmi erau uscate limba, gura, nu mai aveam salivă, simţeam că mă sufoc".

Fobia de obiecte tăioase (aihmofobie) este un alt tip de fobii impulsive ce se întâlnesc de obicei la bolnavii cu fobii impulsive şi care au frica unui fratricid, ,matricid sau patricid sau pentru alte persoane din anturajul lor. Această fobie este frecventă la tinerele mame, la care vederea unui obiect ascuţit sau tăios (ac, cuţit, foarfece) le evocă frica obsesivă intensă de a nu le utiliza impulsiv şi de a răni sau ucide propriul copil.

Trebuiesc alăturate aici, de asemenea, fobiile de alte obiecte, care ar fi posibil să fie utilizate sub imperiul unei impulsiuni irezistibile fie pentru a răni, fie pentru a ucide, prin foc sau apă fierbinte, prin folosirea de arme albe sau arme de foc etc. În toate

aceste situaţii ca şi în orice alt tip de fobie, dispariţia obiectului sau situaţiei fobogene calmează intensitatea angoasei iar activitatea subiectului este centrată pe asigurarea unor măsuri de securitate, uneori cu trăsături obsesive, pe care bolnavul din precauţie le impune anturajului într-o manieră exagerată, apropiate de panică, ce depăşeşte prin extensie situaţia simplă fobogenă.

„Nu ştiu de ce - ne povesteşte o altă pacientă - pentru mine încă din copilărie cuţitul a însemnat instrumentul morţii. Şi acum am aceeaşi frică paralizantă când văd cuţitul şi de aceea, orice cuţit nu stă decât într-un sertar special, îl ascund de copii, iar atunci când îl am în mână îmi este frică să nu-mi tai vreun deget. De când am început să îmbătrânesc a apărut frica, atunci când am cuţitul în mână, să nu-mi dea prin gând necuratul să tai pe cineva, Doamne fereşte! (Pacienta îşi face semnul crucii).

Când eram mică îmi era grozav de frică de foarfece, mai ales când îmi tundeau sau îmi scurtau părul. Îmi era frică să nu care cumva să mă ciupească sau pur şi simplu să-mi taie pielea capului. Aveam o teamă terorizantă de foarfece şi era un adevărat chiar şi pentru părinţii mei să-mi aranjeze părul. Transpiram toată şi-mi tremura tot corpul până se termina cu chiu, cu vai, tunsoarea. Când vedeam foarfecele îl ocoloeam de departe şi în nici un chip nu puneam mâna pe el."

Această extindere a trăirii fobice de la starea de angoasă în raport cu obiectul sau situaţia fobogenă, la frica obsesivă cu colaratură anxioasă a survenirii unei impulsiuni iraţionale, absurde şi irezistibile, după opinia noastră, se întâlneşte mai frecvent în nevroza obsesională unde, ca şi în cazul fobiei impulsive, trecerea la act nu se realizează aproape niciodată. Th. Lemperiére sublinia , de asemenea, că fobiile obsesiv-impulsive apar în unele decompensări psihotice melancolice însoţite de elementul autoacuzator penibil, dureros şi delirant micromaniac, în care caz trecerea la actul autolitic sau heterolitic prezintă un risc realmente crescut de realizare. Tot în cazul fobiilor obsesive de impulsiune faţă de care pacientul nu dezvoltă mecanismele psihologice de apărare împotriva invaziei psihopatologice aberante, sunt de luat în considerare posibilităţile evoluţiei spre schizofrenie a unor asemenea bolnavi cu fobii impulsive şi îndeosebi atunci când impulsiunea se manifestă sub forma unui raptus care se corelează cu contextul simptomatologic particular disociaţiei ideo-afective particulare schizofreniei.

Din analiza clinică diferenţială a fobiilor de impulsiune, noi considerăm că va trebui analizată cu maximum de atenţie latura

impulsivă şi contextul psihopatologic în care se manifestă. În acest sens este ştiut că între fobiile simple şi fobiile obsesionale sunt posibile forme diverse de trecere de la una la alta, aşa cum de altfel există aceeaşi posibilitate de trecere de la un sindrom nevrotic la altul.

În cazul fobiilor impulsive, ca şi în cazul tuturor impulsiilor va fi necesar să analizăm, aşa cum sublinia A. Porot, următoarele elemente:

1. *Gradul sau nivelul de conştiinţă* sau mai corect *capacitatea de reflexie* sau *de discernământ* care este prezentă în cazul fobiilor, cu recunoaşterea caracterului lor absurd şi cu comportamentul de evitare a situaţiei fobice impulsive, ceea ce nu este cazul oligofreniilor, psihozelor, demenţelor, stărilor confuzionale, inclusiv în cazul îngustării sau obnubilării psihogene anxioase;

2. *Tensionarea afectivă* intensă, violentă, brutală, primară, de tip instinctiv dezlănţuit, ca în psihopatii, psihosindroame organice, epilepsie sau tensionarea afectivă pasională, de ură, gelozie, în cazul isteriei, stărilor delirante halucinatorii sau paranoiace, ori în durerea profundă auto-acuzatoare din melancolia delirantă, anxioasă etc.

3. *Capacitatea frenatorie* - de împiedicare, amânare, suspendare sau lichidare a manifestării impulsive care poate fi perturbată în psihopatii, deficitele mintale şi care se corelează de obicei cu niveluri calitativ diferite de conştiinţă.

Noi considerăm că ori de câte ori impulsiunea se transformă în act, atunci în cazul fobiilor impulsive se va cerceta cu atenţie contextul sindromatic în care se manifestă fenomenul impulsiv şi calitatea substratului morfo-funcţional dinamic cerebral cu evidenţierea, prin examene atente a simptomatologiei unor suferinţe cerebrale sau viscero-umorale cu manifestare subclinică.

Fobiile de acţiune (P. Janet). Viaţa înseamnă acţiune, interacţiune şi coacţiune în raport cu sine şi cu lumea înconjurătoare naturală şi socială. În ce priveşte omul, viaţa se desfăşoară în condiţiile complexe ale mediului natural şi social şi implică în mod necesar procesele de subiectivare şi obiectivare prin acţiune şi coacţiune. Procesele de subiectivare şi obiectivare implică un optimum funcţional biologic, psihologic şi social, un permanent proces de echilibrare adaptativă în care intervine întreg sistemul psihic cu funcţiile sale ierarhic structurate şi în care funcţiile psihice superioare deţin un loc important atât în ce priveşte structurarea

afectivă şi ideativă a actului, a scopului, a mijloacelor de realizare, a spaţiului în care se acţionează în raport de motivaţiile interne şi funcţie de particularităţile obiectelor şi fenomenelor lumii externe ca şi funcţie de nivelul calitativ de integrare ideo-afectivă. De aceea, în orice boală psihică, ceea ce apare ca manifest deficitar este, în primul rând, motivarea, scopul, mijlocul de realizare a actului, interiorizarea rezultatelor acestuia, structurarea sa anticipată şi împlinirea sa obiectivă. De remarcat că în aproape toate fobiile, analiza mai aprofundată demonstrează că declanşarea fobiei se face îndeosebi atunci când subiectul trebuie să intervină activ asupra obiectului acţiunii.

P. Janet observa că „... actul şi mai ales actul profesional trebuie să joace un rol în aceste fobii..." de acţiune, de situaţie etc. şi că „obiectul care determină angoasa este mai ales un obiect care intervine într-o acţiune care trebuie executată...". Dar în orice act, ceea ce apare perturbat, scrie P. Janet, este „... *contactul afectiv*, adică contactul ce rezultă dintr-o mişcare, dintr-un act al subiectului", acest contact activ ideo-afectiv fiind cu mult mai important decât contactul pasiv cu obiectul. Cel mai frecvent frica de brici apare la frizeri, frica de ace apare la croitor, frica de aparatul telegrafic apare la lucrătorii poştali etc. Acţiunea şi actul ca atare este implicat inclusiv în realizarea funcţiilor biologice ale propriului corp, iar în plan ontogenetic activitatea participă la structurarea eului corporal, la structurarea sistemului psihic şi la realizarea integrării sale, ca şi la împlinirea unităţii personalităţii prin comunicare şi interacţiune. Fobiile de acţiune, cu cât intervin mai precoce în viaţa unui subiect cu atât mai deficitară va fi calitatea integrării sale în viitor deoarece îi limitează câmpul său de libertate în raport cu mediul şi cu obiectele pe care le cuprinde.

În virtutea celor de mai sus, actul, în general, şi actele profesionale în particular, sunt implicate mai mult sau mai puţin evident în toate fobiile, aceasta interesând nu numai funcţiile organismului, nu numai funcţiile psihice sau numai organizarea, structurarea şi proiectarea spaţio-temporală a acţiunii sub aspectul proceselor de interiorizare dar şi de obiectivare şi în care aventură se implică personalitatea în întregul său cu toată istoria sa anterioară precum şi cu particularităţile sale concrete actuale de integrare optimală psiho-neuro-endocrino-umorală puse în tensiune de lucru în procesele de asimilare şi acomodare adaptativă dinamică, la rândul său.

Aparent, în fobiile de acţiune, funcţiile motorii nu sunt suprimate, iar sub raport ideo-afectiv, subiectul crede că-şi poate mişca perfect un membru şi coordona mişcările şi chiar începe să execute mişcarea într-un mod relativ corect. Dar, în momentul întâlnirii cu obiectul fobogen se declanşează o serie de tulburări ideo-afective ce rezultă din însăşi realizarea acţiunii, perturbări cu expresie în special viscero-vegetative (palpitaţii, căldură etc.), angoasă fără motiv, vertij etc., care se traduc în gândirea pacientului printr-un sentiment intens, dar nebulos şi foarte dureros, analog fricii care se intensifică pe măsură ce acţiunea începută continuă, acţiune pe care bolnavul era convins şi se credea capabil s-o execute. Angoasa fobică perturbă stereotipurile dinamice şi structurile neuropsihice şi ideo-afective necesare realizării actului astfel încât, pacientul fobic aproape totdeauna se opreşte evitând situaţia şi întrerupând actul, descurajat şi angoasat. Unele fobii de acţiune în raport cu anumite obiecte sau situaţii profesionale devenite fobogene, împiedică până la invalidarea profesională a pacientului, prin incapacitatea subiectivă de a-şi exercita profesiunea.

Ergasiofobia (frica de acţiona, de a întreprinde ceva) este firească atunci când fiecare om, dotat cu o mare responsabilitate, o are în momentele de grea încercare când încărcat de gândul chinuitor că de ceea ce vrea să întreprindă depinde viaţa a mii de oameni, ca să nu mai vorbim de viaţa sau de supravieţuirea unei naţiuni, de câştigarea unei bătălii, de elaborarea unei strategii de dezvoltare a unei regiuni, a unei ţări etc. Este în toate acestea o frică normală chiar dacă este legată de nopţi de chinuitoare frământări şi invicibile insomnii. În toate acestea avem în vedere atât subiecţi cât şi reacţiuni umane normale.

Se întâmplă însă în viaţa obişnuită ca pentru cele mai banale acţiuni, pe care pacientul le supraevaluează şi le supraîncarcă cu cele mai mari şi grave semnificaţii, dezvoltând şi trăind în faţa acţiunii cea mai intensă frică, angoasă extremă, acompaniată de intense tulburări vegetative. Am sublinia deasemenea aici inclusiv componenta obsesiv-compulsivă, chiar dacă aceasta se află în arierplanul trăirii fobice.

Un pacient ne mărturisea următoarele: „În faţa unei acţiuni trăiesc o stare de frică de parcă ceea ce aş vrea să fac, ori îmi va anula viaţa, ori va fi dăunătoare altora. Trăiesc această frică cu sentimentul fricii, dar o frică amestecată cu un soi de laşitate, deoarece fac ce fac şi mă îndepărtez de obiectul activităţii cu atât mai mult cu cât se apropie momentul când trebuie să încep acţiunea.

Mă bucur când altcineva preia iniţiativa şi mă ruşinez de mine şi de frica mea stupidă. Trăiesc un sentiment de uşurare, dar şi de împovărătoare ruşine că mi-a fost frică. Tot frica de acţiune mă face să nu fiu măcar un bun sfătuitor pentru alţii. Este stupid, dar îmi este frică!"

Cum angoasa apare de fiecare dată când se încearcă realizarea actului proiectat, acesta nu mai poate fi împlinit şi, în final, acţiunea pare a fi, practic, suprimată - fenomen care, în cazul fobiilor, evocă într-un anume sens, calitativ diferit, ceea ce se întâmplă în paraliziile sau dispraxiile isterice.

Iniţial, în acest fel de fobii, raportându-ne la realizarea actului, se observă perturbări de realizare, integrare şi coordonare a mişcării membrelor. Nu poate exista o fobie de exemplu, decât prin acţiune în raport cu obiectul care trebuie atins, pipăit. Sindromul numit *„akinesia algera"* cel mai adesea este o fobie de mişcare: subiectul nu are nici paralizie, nici contractură, dar - în urma unui accident oarecare - rămâne o durere mai mult sau mai puţin reală într-o articulaţie. Această akinezie algera poate fi considerată inclusiv a fi de natură isterică. Una din pacientele noastre cu tulburare de conversiune (isterie) alături de alte simptome de tip conversiv, de altfel destul de numeroase şi de evidente, prezenta frica de a merge, acuzând permanent o durere remarcabilă în articulaţia tibio-tarsiană stângă în momentul când trebuia să se deplaseze pe o distanţă nu prea mare. Această perturbare a mersului a apărut după o discretă entorsă, care s-a constituit într-un veritabil punct de minore resistentiae, blocând mersul cu acuzarea creşterii intensităţii durerii în articulaţia menţionată. Această manifestare suntem înclinaţi s-o includem în isteria de angoasă descrisă de S. Freud, având în vedere că atât examenele clinice cât şi examenele radiologice repetate n-au evidenţiat modificări ce să justifice durerile acuzate, care deveneau deosebit de evidente în situaţiile psihoconflictuale.

Laliofobia sau frica de a vorbi - „Când trebuie să vorbesc îmi este frică, am emoţii, tremur din tot corpul, îmi tremură vocea, de parcă ar trebui să izbucnesc în plâns de spaimă - ne scrie o pacientă. Ciudat îmi apare că atunci când trebuie să cânt ceva mai încet, sau când recitam în gând o poezie nu aveam şi nu am această frică. Atunci când vorbesc totuşi fac abstracţie de cei din jur şi reuşesc să am o exprimare melodioasă şi cu o intonaţie corectă, aş spune chiar colorată. În asemenea situaţii eram eu însămi mulţumită de mine, dar aceste ocazii erau destul de rare, iar consumul psihic, efortul de

voinţă şi stăpânirea de sine deveneau atât de obositoare, încât mă aşteptam cu groază ca dintr-un moment în altul să nu fiu pusă în situaţia penibilă de a nu mai fi capabilă să rostesc un cuvânt, să uit cuvintele din cauza unei iminente stare de derută care ar fi putut apare oricând. Când din cauza fricii îmi pierdeam controlul totul devenea ireparabil; intram în stare de muţenie, profundă, dureroasă şi de buimăceală. Cu toată frica de a rosti cuvintele m-am hotărât să devin profesoară de matematică, gândind că în locul meu va trebui să „vorbească" mai mult creta pe tablă, decât aş fi eu nevoită să vorbesc mai mult, ca de exemplu dacă ar fi trebuit să fiu profesoară de limbă şi literatură română de exemplu. Îmi dau seama că vocea mea este slabă, dar îmi este teamă să vorbesc mai tare, de frică să nu greşesc ceva sau pur şi simplu să nu mai ştiu bine ce spun. După ce am fost admisă la facultate, a început să-mi fie frică şi mai tare de vocea mea şi de felul în care vorbesc şi mă întrebam mereu cum voi fi profesoară, cum voi vorbi cu această voce de care mă tem, care tremură mereu, cu această frică prostească de propria mea voce. Ceea ce a fost uluitor este că unul dintre distinşii mei profesori de matematică de la universitatea unde sunt studentă m-a încredinţat că voi fi o bună profesoară. Fir-ar a naibii de frică şi de fire care o am şi de acest handicap de a vorbi şi de această aptitudine pentru matematică! Nu mai suport! M-am săturat de acest ghiveci de frici, de angoase, de frică de propria-mi voce, de frica de a vorbi!" Este aici o obsesionalizare a fobiei pentru propria voce şi nu ar fi exclus, dacă se menţine şi se fixează, să împiedice pe pacientă să-şi exercite optimal meseria de profesor.

Bazofobia, are şi ea corespondent cu elemente fobice în cazul abaziei isterice în sensul că subiectul este invadat de frica de a merge şi invers, în acathisie, când simte sau îi este frică de a nu se mai putea aşeza. În cazul acatiziei pacientul are oroare de meseria lui ca şi de scaunul sau fotoliul pe care trebuie să stea să lucreze, şi nu mai poate - cuprins fiind de o teribilă angoasă - să rămână aşezat pe nici un scaun. Fobia de acţiune are deci în structura sa inclusiv fobia de obiectul sau de situaţia asupra şi în condiţiile căreia se acţionează şi invers în orice fobie de un obiect, situaţie, persoană, eveniment, există la o analiză mai atentă şi o obsesie de acţiune cu manifestare însă pe un plan secundar.

Se regăsesc *fobii de acest fel legate de toate funcţiile organismului şi de toate relaţiile active cu obiectele, fenomenele, situaţiile lumii externe în raport cu organismul.* (vezi clasificarea lui P. Janet).

Unul din pacienţii noştri, psiholog de profesie, cu o integrare socio-profesională excepţională, este cuprins de fiecare dată când se aşează la masă şi în condiţiile de suprasolicitare de fobia de a nu se îneca atunci când se alimentează. Pentru acest pacient înghiţirea alimentelor este un chin îndelung cu atât mai mult cu cât mestecarea alimentelor se face cu o grijă cu totul deosebită. Dar acelaşi sentiment de frică, cu trăirea sa angoasantă, o are şi atunci când priveşte la alte persoane care mănâncă şi îndeosebi la copii săi pe care-i supraveghează cu o încordare chinuitoare care se descarcă în momentul când se termină de servit masa, motiv pentru care de obicei refuză să se aşeze la masă cu copiii săi plecând în altă cameră, evitând astfel să supravegheze înghiţirea alimentelor de către cei apropiaţi şi în felul acesta evitând însăşi întâlnirea cu acţiunea de înghiţire a alimentelor realizată inclusiv de către alţi subiecţi.

Această tulburare fobică este cunoscută sub denumirea de *fagofobie* sau teamă de a nu se îneca cu alimente.

Acelaşi pacient prezintă o intensă teamă de şerpi (*ofidiofobie*) şi în genere de animale târâtoare. Soţia pacientului într-o zi a venit acasă cu o jucărie reprezentând un şarpe pe care a făcut-o cadou fetiţei lor. Când a venit acasă pacientul şi a văzut această jucărie, n-a putut rămâne în casă din cauza stării intense de angoasă de care a fost cuprins, motiv pentru care a trebuit aruncată jucăria (şarpele) din casă.

Un alt caz de *fagofobie* (frica de a mânca, de a înghiţi, de a nu se înneca cu alimente) ne este relatată în felul următor de o pacientă tânără: „Îmi este teamă să mănânc carne de vită, care se mestecă greu, iar dacă se nimereşte ca porţia de carne să fie prea mare, îmi este teamă că nu voi reuşi nici s-o înghit, nici s-o elimin tuşind şi atunci risc să mă sufoc şi să mor. Îmi place foarte mult peştele dar mă feresc să mănânc peşte ca nu cumva din neatenţie sau din greşeală să înghit vreun os. De foarte multe ori îmi este teamă să nu mă înec din greşeală cu orice fel de alimente pe care nu le-am mestecat suficient. Pentru toate acestea mă aşez la masă şi mă alimentez dar am tot timpul cât mănânc o frică imensă că mă voi înneca, că mă voi sufoca cu alimentele pe care le servesc."

Catisofobia (teama de a se aşeza, de a lua loc). „Da, îmi este frică să mă aşez pe un scaun de exemplu de teamă să nu aibă un picior rupt, sau arcurile rupte la fotoliu, sau să cad neapreciind corect distanţa dintre mine şi scaun sau fotoliu şi să mă trezesc jos, într-o situaţie ridicolă. Pe lângă teama de căderе şi de ridicol îmi este în

acelaşi timp teamă să nu mă lovesc şi să nu mi se întâmple ceva şi mai grav" mărturisea o bolnavă care avea asociată pe lângă teama de a se aşeza, dar şi teama de cădere, teama de ridicol şi teama de rănire. În acest exemplu sunt asociate patru tipuri de fobii, chiar dacă cea dominantă este frica de cădere.

Un profesor universitar, cu o cultură impresionantă, se prezintă la consult psihiatric prezentând ca acuză principală frica de a nu cădea în timpul mersului (*bazifobie* sau *bazofobie*). Această fobie devine cu atât mai intensă dacă strada este umedă după o ploaie sau după ce au trecut maşinile de stropit străzile. Când se deplasează pe stradă are o grijă cu totul deosebită, mai ales toamna, să nu calce pe frunzele căzute din pomi care ar favoriza alunecarea. De multe ori din cauza stării intense de anxietate, mai ales în cursul iernilor, deşi locuieşte foarte aproape de institutul de învăţământ superior în care lucrează, se deplasează cu un automobil sau ia pe unul din colaboratorii săi care să-l susţină, conducându-l până acasă. Remarcăm că această persoană foarte plăcută de altfel, nu prezintă nici o tulburare de ordin neurologic şi deasemenea nu prezintă agorafobie. Bazafobiile au fost descrise pentru prima dată de către J. Séglas (1893) în Franţa, de către Biswanger în Germania. P. Janet include bazofoliile în grupa mare pe care o delimitează şi pe care o denumeşte cu termenul de *„fobii ale funcţiilor corporale"*. În această grupă a fobiilor corporale, P. Janet includea *akinezia algera* descrisă de Moebius şi care constă în frica de a efectua mişcări ale umărului şi în cazul că aceste mişcări sunt efectuate, bolnavul resimte o stare intensă de angoasă deşi atât articulaţia umărului cât şi braţul nu prezintă nici o modificare clinică manifestată iar examenele neurologice şi paraclinice nu evidenţiază semne de focalizare centrală.

Recent noi am întâlnit un asemenea caz, o persoană de sex feminin de 39 ani, care prezenta manifestări de tipul akineziei algera la ambele membre superioare, bolnavei fiindu-i frică să-şi mobilizeze activ şi să efectueze cu toată amplitudinea mişcările în articulaţiile umerilor. Examenele paraclinice complexe n-au evidenţiat deasemenea modificări patologice.

Catoptrofobia (teama de oglinzi, sau teama de privit în oglinzi) este una dintre fobiile rare şi apare de obicei, cu mai mare frecvenţă în copilărie. O pacientă ne relata că în copilărie „când priveam o oglindă îmi era teamă să nu văd vreun chip sau lucru străin faţă de cele care se reflectau în oglindă şi de aceea cu o frică încordată căutam să văd dacă ceea ce se reflecta în oglindă era şi în

realitate în casă. Cea mai mare teamă, dar o teamă care a devenit permanentă o am atunci când privesc în oglinzile care deformează. Privind în oglindă îmi era frică de propria mea înfăţişare pentru că aveam senzaţia că arăt ca un monstru şi mă înspăimântam pe propria-mi imagine, ca şi de propria-mi persoană. Aşa cum se observă, este în cazul descris un cluster de fobii: teama de oglinzi, dismorfofobia, teama de propria persoană, ca şi o schiţă, o teamă de depersonalizare. Comportamentul pe care-l adopta pacienta este acela de evitare, adică de a nu mai privi în oglindă.

Fasmofobia (frica de fantome) apare mai frecvent la copii, dar şi la adulţi şi mai ales la femei.

„Frica de fantome am început s-o am din copilărie şi o trăiesc şi acum cu o foarte mare intensitate. Când eram mică - ne relatează pacienta, într-o noapte, fiind lăsată singură acasă, nu mi-am găsit nimic altceva mai bun de făcut decât să mă uit într-o revistă cu ciori şi fantome. În cameră nu era aprinsă decât veioza şi în rest peste tot semiîntuneric (mie mi se părea o adevărată beznă); am început să văd peste tot ciori şi fantome. Deşi eram îngrozitor de înspăimântată, nici acum nu-mi pot explica cum am făcut faţă unei asemenea spaime. Îmi amintesc perfect că n-am făcut nici o mişcare, am rămas împietrită, vedeniile din carte le zăream peste tot în cameră şi la fel vedeam ciori. Aveam ciudata senzaţia că dacă nu mă voi mişca, vedeniile şi ciorile care mi se păreau că mă privesc vor considera că sunt şi eu vedenie ca şi ele şi mă vor lăsa în pace. Nu-mi amintesc, când probabil epuizată de frică, am adormit.

Deasemenea aveam impresia că văd fantome şi când treceam pe lângă cimitir. Îmi era teamă că fantomele vin spre mine şi că vor să mă ia cu ele.

La şcoală, în laboratorul de biologie, era un schelet de care aveam totdeauna o frică insuportabilă cu atât mai mult cu cât mi se părea că acel schelet râneşte la mine. Lipseam aproape totdeauna de la lecţiile de anatomie de frică să nu văd scheletul uman atârnat în laborator. Noaptea, la culcare, mă temeam că scheletul va veni în cameră şi de teamă să nu-l văd apărând îmi trăgeam puternic plapuma pe cap. Adormeam chinuită de teama că fantoma îmi va ridica plapuma de pe cap şi va rânji la mine."

Automisofobia sau teama de a nu răspândi mirosuri neplăcute, urâte, generate de propria persoană, este tot o fobie legată de funcţiile corporale. Noi am observat-o în consultaţiile ambulatorii la două studente de la Universitatea de Medicină. În ambele cazuri, ori de câte ori trebuiau să meargă la curs sau la stagii, sau chiar dacă

erau la cămin sau în grupuri mai mari sau mai mici de persoane, se izolau de colegii lor, pentru că aveau o stare de angoasă intensă, una dintre ele prezentând concomitent transpiraţii, intense care-i accentuau credinţa, şi mai mult, convingerea, că emană mirosuri urâte (*bromidrofobie*). Ambele paciente zilnic făceau baie, îşi schimbau zilnic lenjeria şi hainele, utilizau substanţe deodorante. În nici unul din cazuri examenul clinic n-a evidenţiat alte semne legate de o perturbare organică la nivelul căilor respiratorii, nu prezentau leziuni dentare, examenul ORL, clinic şi paraclinic nu evidenţia semne obiective şi deasemenea nu erau prezente semne clinice legate de o epilepsie temporală, examenul electroencefalografic neevidenţiind grafoelemente patologice focalizate sau generalizate. Urmărite pe o perioadă de peste şase ani n-au prezentat o decompensare de tip delirant halucinator, fenomene care se pot observa la debutul schizofreniei.

Noi considerăm că automisofobia este cu mult mai frecventă în consultaţiile ambulatorii de medicină generală, decât în clinica psihiatrică şi că acest tip de fobie este cu mult mai frecventă la femei decât la bărbaţi, la tineri decât la personele în vârstă.

Ceea ce se cuvine să menţionăm este că în nici una dintre fobiile pentru funcţiile corporale nu au apărut elemente particulare nevrozei fobice, în toate cazurile evidenţiindu-se periodic şi secundar depresia de intensitate nevrotică.

Fobiile sexuale pot fi încadrate fie în fobia de situaţii sociale, adică în teama de căsătorie (*gamofobie*), fie în fobiile funcţiilor corporale, în cazul de faţă teama de sex sau de activitatea sexuală (*genofobie*) iar în cazul că se manifestă la femei se poate asocia cu *androfobia* (frica de bărbaţi) sau *ginofobia* (frica de femei) în cazul bărbaţilor.

Din acest punct de vedere noi am întâlnit un caz care, după opinia noastră, prezintă un interes particular din punctul de vedere al simptomatologiei clinice, al etiopatogeniei unor astfel de fobii, a felului în care se asociază deversele tipuri de fobii enumerate mai sus, al tratamentului lor ca şi din punctul de vedere al încadrării nozologice. Pacienta la care ne referim este o tânără de 29 ani originară din Galaţi, persoană plăcută, agreabilă, cu o înfăţişare fizică ireproşabilă, ingineră de profesie, cu o cultură generală remarcabilă şi cu o situaţie socio-familială foarte bună. Bolnava solicită consultul psihiatric pentru *teama de căsătorie (gamofobie)* motivată indeosebi de *fobia faţă de activitatea sexuală (genofobie)* dublată de angoasă deşi *nu prezintă apandrie (aversiune) sau fobie*

faţă de bărbaţi (androfobie). Bolnava este neliniştită îndeosebi de faptul că datorită genofobiei nu poate realiza căsătoria cu un tânăr cu care este prietenă de mai mult timp şi care în plus, din punct de vedere al familiei pacientei intervine şi o motivaţie de ordin material, prietenul având o situaţie materială excepţională. Discutând motivaţiile care, după opinia pacientei, ar explica aceste comportamente fobice, ni se relatează două evenimente psihotraumatizate care au generat acuzele de mai sus. Primul se raportează la o amintire cu conţinut repulsiv ocazionată de vederea, în cursul unei excursii, a unui raport sexual între părinţii săi când pacienta avea vârsta de 12 ani. Această amintire a traumatizat-o pe tot parcursul adolescenţei şi i-a generat frica şi repulsia faţă de actul sexual, datorită „brutalităţii cu care s-a desfăşurat actul în sine". În fine a doua cauză a fost prilejuită de o tentativă de raport sexual cu un tânăr de care era îndrăgostită, act care nu s-a realizat din cauza fobiei pentru activitatea sexuală şi repulsiei ataşată acestei fobii, cu decompensare simultană de tipul panicii în momentul în care a acceptat iniţierea activităţii sexuale, ceea ce a condus la evitarea fobică a acesteia. Pacienta este deprimată de această reactivitate particulară pe care o consideră ca „o adevărată pacoste pe capul meu" şi pe care n-o poate învinge.

În cazul expus ni se pare că există un amestec de elemente fobice şi de trăsături de tipul personalităţii anxioase sau ceea ce ar aminti de isterofobie şi în acelaşi timp fenomene obsesionale mai puţin bine exprimate decât cele anxioase.

În ce priveşte mecanismele de dezvoltare ale acestei simptomatologii, noi nu le-am putut investiga şi evidenţia suficient de amănunţit având în vedere că n-a mai revenit la consultaţii sau la internare şi nu cunoaştem rezultatul indicaţiilor terapeutice recomandate.

Cazul expus însă ni se pare că evocă totuşi ceea ce V. Pavelcu scria cu referire la *„dinamica fenomenului de conştiinţă"* şi care raportându-se la dezvoltarea sincrono-diacronică a psihicului şi a oscilaţiilor nivelului de conştiinţă preciza că: „Dinamica personalităţii reflectată în ceea ce numim conştiinţă ne apare ca supusă unui ritm necontenit, unei pulsaţii de polarizare şi depolarizare pe linia polarităţii subiect-obiect, individ-mediu, eu-lume. Polarizarea se manifestă prin schimbarea conştiinţei, prin crearea şi creşterea distanţei între subiect şi obiect şi detaşarea progresivă a imaginii şi semnificaţiei obiectului de obiectul imaginii şi semnificaţiei. Depolarizarea se manifestă prin apropierea, până la

fuziune şi contopire a subiectului cu obiectul. Acest ritm se efectuează filogenetic şi ontogenetic pe două trepte distincte: pe treapta inferioară a acţiunii, pe plan pragmatic, şi pe treapta superioară a gândirii, pe plan mintal". (V. Pavelcu - *Cunoaşterea de sine şi cunoaşterea personalităţii*" Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1982, p. 348).

Polarizarea şi depolarizarea exprimă unitatea organism-mediu, subiect-obiect, şi sunt două realităţi *complementare* care permit înţelegerea „că subiectul se cunoaşte prin obiect şi subiectul prin obiect", fenomen care nu poate fi ignorat în studiul fobiilor.

Algofobia (teama de durere sau de suferinţă) este ilustrată ca origine, dar şi ca structurare de următoarea relatare a unei paciente suferind de nevroză fobică şi care prezenta o intensă stare de angoasă fobică faţă de suferinţa fizică indiferent cum ar fi fost generată aceasta şi cum ar fi fost cauzată. În sensul celor de mai sus, pacienta noastră ne relata următoarele: „Am o stare de frică şi de angoasă amestecată cu disperare faţă de orice fiinţă în stare de suferinţă, indiferent dacă este vorba de oameni sau de animale. Faţă de oameni şi de animale în suferinţă, frica este atât fizică cât şi psihică. Suferinţa umană totdeauna mi-a provocat în suflet un răsunet mai mare care mi-a răvăşit şi-mi răscoleşte întotdeauna adâncul fiinţei mele. Eram elevă, când în una din singuratecele mele plimbări, într-o după amiază de decembrie, trecând pe lângă o casă de gospodari am surprins momentul în care doi bărbaţi încercau să taie un porc. Am văzut o singură imagine, dar pot spune că atunci s-a cuibărit în sufletul meu o imensă frică, dezgustătoare frică de ceea ce poate face un om, care se zice că aparţine speciei umane. Nu era atât de vizibil faptul că cei doi voiau să taie porcul, cât mai ales modul în care au procedat. Unul dintre ei îl ţinea legat cu o funie de gât, alergând după porc care-l târa prin curte, în timp ce celălalt îl lovea, în cap, în frunte, în dreptul ochilor cu securea. La un moment dat securea a rămas înfiptă în craniul porcului; sângele curgea şiroind pe capul animalului care alerga înebunit prin curte. Când am văzut cu câtă sete a început să-l lovească pe porc cu securea, aproape că-mi doream ca porcul să se năpustească asupra celui ce-l lovea şi să-l sfâşie. N-am suportat şi am plecat auzind doar horcăiturile porcului rănit, întrerupte de loviturile securii. S-a instalat în sufletul meu senzaţia de repulsie, dezgust şi frică faţă de suferinţă şi faţă de oamenii care pot provoca o asemenea suferinţă îngrozitoare. În zilele următoare auzeam în urechi horcăitul porcului, loviturile securii. Am evitat mult vederea cărnii care-mi producea frică şi stare de nelinişte

până la stare de vomă. De atunci de câte ori văd un om în suferinţă am frică faţă de suferinţa lui şi tot de atunci nu mai pot să suport suferinţele fizice care se întâmplă să le am, având alături de frica de suferinţă, frica de moarte."

Dinamica polarizării conştiinţei se efectuează prin realizarea unei unităţi nediferenţiate, de *sincretism* psihic, caracteristic instinctelor şi structurilor arhi şi paleopsihice şi care particularizează intelectual şi afectiv psihologia copilului mic iar pentru adult polarizarea este asemănătoare gândirii primitive. Această fază şi într-un caz şi în altul este caracterizată prin gândire prelogică, coexistentă cu legile participaţiei, cu fenomene de tip mistic-hipnoid manifestate prin denivelare şi regresiune psihică exprimată prin stare de vis şi visare în această fază realizându-se, aşa cum arată V. Pavelcu, fuziunea dintre individ şi situaţie, dintre obiect şi subiect, dintre simbol şi realitatea simbolizată, ceea ce duce la confundarea şi asimilarea fricilor şi dorinţelor mai ales inconştiente cu realitatea.

Cheimofobia - teama de furtună, îndeosebi la copil, ca şi la persoanele hiperemotive, ilustrează în mod elocvent fenomenul de sincretism, ca şi de stare hipnoidă şi de gândire mitică pe care îl trăieşte subiectul invadat de această fobie ca şi de alte fobii de acelaşi tip. În exemplul care urmează sunt ilustrate cele de mai sus. „Furtuna - povestea una dintre bolnavele noastre - privită ca o dezlănţuire a naturii cum o vedeam şi o trăiesc şi acum de fiecare dată când apare, mă înspăimântă ca orice dezlănţuire oarbă. Nefiind persoană, furtuna declanşa în jur o atmosferă de cataclism, emitea sunete care în urechea mea răsunau fie ca ţipete, fie ca gemete, fie ca urlete lugubre de mânie oarbă insuportabilă. Toate acestea îmi trezeau în suflet, succesiv, sentimente de teamă paralizantă, de spaimă, de durere. Sentimentele copleşitoare de spaimă, de neputinţă şi de neajutorare în faţa forţelor naturii în care cu spaimă parcă mă dizolvam, încercând să înfrunt furtuna, astupându-mi urechile spre a-i diminua măcar efectele ei sonore pe cât îmi era posibil, spre a realiza dorinţa instinctivă de a mă simţi în siguranţă. Dar în mine era şi dorinţa de a participa efectiv la desfăşurarea ciudată a furtunii. Voiam în acea frică imensă de nefiinţă să mă identific cu ea şi totodată să mă opun ei. Dar şi una şi alta erau acoperite de spaima oribilă a morţii care îmi invada răscolindu-mi toată fiinţa. Aceeaşi frică o am de fiecare dată când se dezlănţuie furtuna. Este o frica insuportabilă!"

„Ieşirea din această fază sau stare a contactului *direct* al subiectului cu obiectul se face în mod normal în genere cu preţul unor *conflicte* între individ şi situaţie. Aceste conflicte duc spre *medierea* şi distanţarea relaţiilor între subiect şi obiect, spre o obiectivare şi distanţare a relaţiilor între subiect şi obiect, spre o obiectivare progresivă a situaţiei. *Posibilul* îşi face loc alături de real şi dincolo de acesta. Se creează o lume *interioară* a gândirii, a imaginaţiei şi a jocului." (V. Pavelcu, ibid , p.349).

Însă în această etapă obiectivarea are încă trăsături subiectivist-egocentrice, iar afectivitatea deţine un rol dominant deformând şi metamorfozând semnificaţiile obiective, transformând în interiorul dominantei prin mecanismele de apărare psihologică evidenţiate de S. Freud, semnificaţiile obiective, „proiectând asupra lumii dorinţele şi temerile nostre. Polul subiectiv al sensului domină pe cel obiectiv al semnificaţiei" motivaţiile noastre conştiente şi mai ales inconştiente participând la fenomenul proiectării şi raţionalizării semnificaţiilor obiective pe căi intrapsihice deosebit de complexe. „Faza polarizării - continuă V. Pavelcu - prin separarea aspectului subiectiv de cel obiectiv este încă dominată de asimilarea obiectului de către schemele, tendinţele şi atitudinile subiectului. Este ceea ce numim *egocentrism*. Existenţa acestei faze explică relaţiile dintre inconştient şi conştient şi întreaga terapie psihanalitică. Conştientizarea „complexelor" nu este decât stimularea actului de polarizare a conştiinţei, act care instaurează implicit raporturi mai echitabile între eu şi altul, între persoană şi lume" (V. Pavelcu, ibid, p. 349). Evidenţierea arhietipurilor structurale pe bazele structurilor arhi şi paleopsihice, a tendinţelor psihice interiorizate pe tendinţele biologice, evidenţierea şi izolarea a ceea ce este distorsionat, metamorfozat subiectiv din situaţia obiectivă prin intervenţia mecanismelor de apărare ce operează în interiorul dominantelor inconştiente negative şi discriminarea lor permite evidenţierea diagnosticului, perceperea structurii personalităţii în raport cu realitatea obiectivă şi în corelaţie cu ceea ce ascund motivaţiile profunde. Toate aceste demersuri au ca scop realizarea interiorizării unor operaţii concrete şi „transformarea acestora în operaţii *mintale*" pe baza cărora conflictele inconştiente, devin „contradicţii ideale" cu catarzisul care urmează şi instalarea consecutivă a unei sinteze creatoare noologice, cu „aderarea totală a soluţiei căutate" în consens cu valorile sociale general admise şi practicate. Aceasta face să se realizeze: „Culoarea personalităţii - o lume de valori!" (V.

Pavelcu, ibid., p. 350) ceea ce permite instaurarea *„conştiinţei noologice"* care operează „în lumea valorilor suprapersonale".

În acest sens interpretăm starea contradictorie a situaţiei conflictuale difuze, nediferenţiate şi paralizante pe care o trăieşte pacienta a cărei simptomatologie a fost expusă mai sus.

Batofobia - adică teama de adâncimi, sau de prăpastii, în cazul care-l expunem în continuare ilustrează încă o dată situaţiile paradoxale ale unor trăiri fobice de frică, de spaimă pitorească sau ispititoare aşa cum ne este relatată de o altă pacientă: „ Poate sună ciudat, dar frica de prăpastii a fost şi rămâne una din spaimele pitoreşti, sau, hai să-i zicem ispititoare pentru mine. Senzaţia de plutire în neant, pentru a fi o completare sau accentuare a senzaţiei de haos în idei pe care mi-o aduce frica, este o trăire fără egal. Dezechilibrul pe care-l trăiesc atunci când mă aflu sus deasupra unei prăpastii, îl resimt în toată fiinţa mea ca cea mai cumplită catastrofă, care în asemenea situaţii ar putea să culmineze cu o catastrofă iremediabilă, adică ar putea să culmineze cu distrugerea. Prăpastia înspăimântătoare care te cheamă şi de care te temi până în măduva oaselor, are în ea totuşi ceva incredibil, care-i justifică splendoarea. Îţi dezvăluie ostentativ şi fără ascunzişuri, teribilul gol, ca o chemare înspăimântătoare a morţii şi un avertisment al naturii şi al fiinţei: rezistă tentaţiei şi fugi din faţa ei, deoarece altfel mori. Abia atunci te dezmeticeşti din această fascinaţie a morţii pe care o generează frica şi tot ea, sau poate instinctul de conservare a vieţii te salvează." Despre această lume interioară a fobiei, a angoasei, „a gândirii interioare şi a jocului" oricât de paradoxal ar părea toate acestea, care sunt în fond rezultatul unei regresii psihice, în cazul fobiilor poate ajunge la fel ca şi în obsesii, până la nivelul sincretismului hipnoid care poate realiza fuziunea dintre subiect şi obiect, dintre individ şi situaţie. Este aici o metamorfoză paradoxală în interiorul unei dominante psihice cu sens regresiv în care însăşi mecanismele de apărare ale eului intră în derută adaptativă şi în care epilogul poate fi hotărât de concurenţa şi prevalenţa unuia dintre instinctele, respectiv dintre instinctul vieţii şi instinctul morţii. Abia prin depăşirea crizei se revine la „culoarea personalităţii" ca „o lume de valori".

Fobia de animale (zoofobia). Este mai frecventă la femei şi constituie apanajul, dar nu exclusiv al copiilor, zoofobia apărând la copii din punct de vedere psihogenetic ca un mod normal de reactivitate în cursul maturizării biologice, psihologice şi sociale a fiinţei umane. Zoofobia are ca obiect, de obicei, animalele mari, deşi

ea se manifestă pentru toate speciile de animale. La copil fobiile mai frecvente sunt pentru şoareci, păianjeni, insecte, reptile etc., iar caracterul absurd al fricii lor nu este cunoscut de copil decât mai târziu când elaborează funcţiile ideo-afective superioare, dar chiar şi atunci ca şi în cazul adultului tânăr sau matur, frica se bazează pe o pseudologică cu argumente aparent raţionale, în fobie frica având la bază mai curând logiça naturală sau biopsihică cu structurile sale afective profunde.

Circumstanţele care fac posibilă această fobie este uşurinţa cu care pot fi activate, la vârsta fragedă, amprentele native ale mentalităţii magice şi mitice cu mecanismele sale psihice protoafective şi de inteligenţă afectivă iniţială sau regresivă senzorio-motorie. Pe de altă parte, distanţa dintre om şi animal nu este încă cunoscută de copil şi în orice caz nu este exagerat accentuată aşa cum va fi mai târziu la adolescent sau la adultul tânăr sau matur, şi de aici de obicei, lipsa fricii copilului de pericolul real pe care-l poate prezenta un animal, fie el şi domestic.

Copilul selectează animalele fobogene în prima copilărie din grupul animalelor mari, reale sau imaginare, fobii alimentate din poveştile şi pozele cărţilor cu poveşti sau de basme cu fiinţe fantastice, din filme, de la grădina zoologică sau în raport cu animalele domestice care eventual l-au agresionat. Se apreciază că fobia de animalele mici (insecte, şoareci, reptile etc.) ar apare mai târziu în fazele ulterioare ale copilăriei. De aici considerentele de natură culturală privind fobiile care nu pot apare la copil în afara achiziţiilor lingvistice şi culturale în relaţie cu credinţele şi obiceiurile, neliniştile şi angoasele mediului apropiat în care se dezvoltă copilul.

S-a emis ipoteza că la copilul mic ar apare o serie de fenomene prefobice, care fac parte indisolubilă din însăşi dezvoltarea eului, şi ţin de calitatea relaţiilor interacţionale cu mediul ambiant natural şi social, relaţii în raport cu care se modelează nu numai structurile protopsihice dar şi cele noopsihice. În acest sens s-a scris despre angoasa lunii a 8-a sau angoasa copilului în faţa unui corp necunoscut, fenomen care dispare la vârsta de 12-15 luni pe care nu-l considerăm a fi un fenomen anormal. Deasemenea spaimele nocturne de la un an şi opt luni ar avea valoarea unui simptom - semnal al unor fobii, ca de exemplu fobia de întuneric, fobia spaţiilor situate în afara câmpului vizual, din spatele copilului etc.

Aceste fenomene aşa zise prefobice, nu au însă întodeauna valoare de simptom-semnal pentru o organizare fobică, deoarece

pentru apariţia lor este necesară prezenţa unui minum de conştientizare legată la rândul ei de o anumită etapă necesară de maturizare şi de structurare a unor operaţiuni reversibile pe plan mintal pentru a se elabora fobii. În aceeaşi ordine de idei relaţiile cu mediul ambiant de tip conflictulal-traumatizant, chiar dacă nu au un rol determinant de reactivare a unor procese primare biopsihice negative, totuşi, acestea nu deţin se pare rolul esenţial în organizarea fobică. Nu se poate trăi frica de ceva dacă n-ai auzit vorbindu-se despre acel ceva. Frica în afara acestei condiţionări la copil este un mod de reacţie în limitele angoasei umane fundamentale.

Ca şi la adult, frica la copil are forme de manifestare ale angoasei cu încapsularea sa selectivă, concretizată pe un obiect, fie că acesta este reprezentat de un lucru, o fiinţă (animal, persoană), o situaţie, un fenomen, etc. sau, dimpotrivă fobia, de asemenea, poate avea un caracter extensiv prin contaminare. Fobiile la copil se clasifică după aceleaşi criterii ca şi la adult şi tot ca şi la acesta din urmă se consideră că temperamentul puternic va face o nevroză fobică, în timp ce temperamentul slab va prezenta cu mai multe şanse simptomele unei nevroze obsesionale sau a unor fobii obsesionale. Considerăm că în raport cu vârsta cea mai precoce organizarea fobică nevrotică se va realiza prin condiţionare la vârstele mici, structurarea şi conţinutul său fiind în relaţii cu reactivitatea bio-psihică bazală, cu etapele de dezvoltare a inteligenţei şi a structurilor simbolice prin care va fi posibilă organizarea eventuală fobo-fobică ce ne apropie prin interferenţele sale cu nevroza anxioasă sau obsesională, pentru apariţia cărora va fi însă necesară conştiinţa de sine şi condiţiile biologice fragile ale pubertăţii şi ale adolescenţei.

Oricât ar apare de curios, totuşi zoofobia este mai frecventă decât s-ar putea crede în mod obişnuit. Ch. Féré a relatat cazuri celebre de zoofobie: „Germanicus nu putea să vadă şi să asculte cocoşii; mareşalul Albert leşina la vederea unui cap de pui de mistreţ; Tycho-Brahé făcea stare de sincopă la vederea unei vulpi; Henric al III-lea nu putea să suporte vederea unei pisici. Copland citează cazul unui servitor care-şi pierdea mintea la vederea unui şoarece; mama sa avea aceeaşi aversiune când era însărcinată cu el" (apud - G. Ballet - *Traité de pathologie mentale* - Edit. Doin, Paris 1903).

În ce priveşte fobia de câini (*chinofobia* sau *cinofobia*) vom expune două cazuri care ni se par semnificative din punct de vedere clinic, dar mai ales etiopatogenetic. În primul caz este vorba de o

doamnă în prezent în vârstă de 45 ani care prezintă chinofobia. Amintim că în copilărie, la vârsta de patru ani, fiind împreună cu părinţii şi cu bunica sa şi fiind la plimbare, fetiţa mergând înaintea părinţilor la aproximativ 2-3 metri îi apare în faţă dintr-o dată un câine lup, masiv şi care s-a oprit în faţa sa. Copilul s-a speriat şi a alergat spre părinţi. Evenimentul a trecut neobservat pentru ca la vârsta preadolescenţei să se instaleze chinofobia pe care o suportă angoasant şi în prezent.

Un alt caz este al unei paciente de 24 ani care la vârsta de 3 ani a sărit asupra sa o pisică. Nu după mult timp se instalează fobia la vederea pisicilor (*Galeofobia*) încă din perioada primei copilării. Ulterior se instalează o stare procesuală schizofrenică cu fenomene pseudohalucinatorii auditive şi fenomene halucinatorii vizuale. Ceea ce ni s-a părut interesant în acest caz este transformarea fobiei în structură halucinatorie. Halucinaţiile vizuale terifiante zoopice pe care le prezenta erau reprezentate de o pisică enormă care-şi arăta dinţii şi cu ghearele scoase repezându-se asupra sa. În asemenea situaţie, în plină stare anxioasă bolnava realiza în continuare comportamentul de evitare (comportament contrafobic) care de acesată dată constă în înfăşurarea sa rapidă cu pătura, şi aşa înfăşurată, se arunca pe duşumea şi apoi se rostogolea sub pat.

Noi considerăm că fobiile au printre altele inclusiv un mecanism de fixare prin condiţionare, prin fenomenul de urmă, prin engramare predominant afectivă, care se reţine în structurile profunde biopsihice ca focar dominant care se reactivează în condiţii negative existenţiale biologice, psihologice sau sociale.

Un caz interesant de *zoofobie* (frică de animale) asociat cu teama de obiecte ascuţite (*oxifobie*) a fost înregistrat în cazul unui pacient, ţăran gospodar, care după o perioadă de epuizare fizică şi psihică a început să se teamă de coarnele animalelor domestice pe care le avea în curte. În primul rând a evitat să mai vină în contact cu ele: nu le mai alimenta cu furaje, nu mai adăpa animalele şi nu mai avea curajul să înjuge boii la car şi să-şi îndeplinească cu ajutorul lor diversele nevoi gospodăreşti. Totuşi ca măsură contrafobică în primul rând a retezat aproximativ o treime din coarnele boilor de frică să nu fie împuns cumva de animale. A venit vara, şi cum sunt şi mai multe insecte care înţeapă animalele, iar acestea se apăra de ele dând cu capul într-o parte sau alta, s-a hotărât să vândă boii. Şi i-a vândut. I-au mai rămas vaca şi viţelul de care se îngrijea nevasta sa. De remarcat că pacientul avea vreo patru copii pentru care laptele era sursa absolut necesară. După, nu mult timp de la vinderea boilor, şi-a

vândut şi vaca şi viţelul, fără a ţine seama de nevoile de alimentare a copiilor. Cum în curtea gospodarilor creşte iarba sau alte plante acestea au trebuit cosite şi, astfel au rămas rădăcinile acestor plante. Singurul lucru care-i rămăsese la îndemână pentru a evita înţepăturile din partea rămasă a plantelor, pacientul a început să smulgă din rădăcină restul plantelor ascuţite rămase după cosit. Acelaşi comportament îl avea în interiorul locuinţei faţă de obiectele ascuţite din casă pe care le înlătura cu o anxietate particular de importantă.

În asemenea condiţii, fraţii pacientului, l-au legat burduf şi l-au adus spre internare la spital, considerându-l drept „nebun", însă pe baza unor examinări amănunţite şi diverse, s-a stabilit că în realitate era vorba de o nevroză obsesivo-fobică.

Una dintre pacientele noastre cu o intensă angoasă pentru obiectele ascuţite (*oxifobie*) şi îndeosebi faţă de ace, a căror înţepătură semnifica moartea, ne mărturisea. „De orice înţepătură îmi este frică în mod deosebit de moarte (*tanatofobie*); şi nu atât de înţepătură cât de moartea care ar putea veni prin microbi, sau din alt motiv".

Oxifobia este deasemenea întâlnită în mod frecvent la copii sub forma fobiei intense ce se declanşează atunci când este necesară administrarea unor medicamente sub formă injectabilă. Această fobie este atât de bine cunoscută de părinţi şi de personalul medical din instituţiile pediatrice.

Fobia de întuneric este alături de *monofobie*, cea mai precoce dintre fobii la copil, fapt pentru care copii din cauza unor reprezentări despre fiinţe necunoscute sau fantastice, nu merg noaptea singuri în camere întunecoase sau ziua în camere obscure, nu se deplasează singuri la toaletă, sau în locuri îndepărtate şi neluminate. Structurarea oricărui tip de nevroză fobică la copil se va face însă, după o perioadă mai mult sau mai puţin îndepărtată, adică atunci când acesta dispune de un minim de mecanisme conştiente pentru a elabora fobia în sensul propriu al cuvântului. Cea mai mare parte a copiilor au frici multiple dar dintre acestea puţine şi sunt de tip fobic acompaniate de inhibiţii adevărate. De aceea, poate că ar fi mai corect să se vorbească de copii hiperemotivi sau fricoşi la vârstele mici, mai mult decât de copii fobici. După o perioadă mai mult sau mai puţin îndelungată frica se va centra pe un obiect sau situaţie şi din acest moment va fi posibilă afirmarea fobiei. În ce priveşte observaţiile lui Mallet şi Spitz cu privire la simptomul-semnal reprezentat de terorile nocturne ca element prefobic, aceasta în primul rând nu apare la toţi fobicii, şi în al doilea rând la subiecţii

care fac ulterior o nevroză fobică, nu toţi au avut în antecedente terori nocturne, acestea din urmă constituind, mai mult un semn de mascare decât de emergenţă fobică. Subliniem că mai frecvent se constituie în elemente fobogene coşmarurile stereotipe de care copilul îşi aminteşte la trezire şi mai puţin îşi însuşesc caracter fobogen terorile nocturne izolate.

Un alt fenomen care influenţează apariţia fobiilor la copil este mediul socio-familial, nivelul său cultural, fricile anturajului, deoarece, copilul nu poate avea frică de ceea ce n-a văzut sau n-a auzit. De aceea, la copil, având în vedere marea sa credulitate şi psihoplasticitate, vor exista fobii obsesionale sau pur psihice, constituite din reprezentările elementare ale obiectului, fobia în aceste cazuri constituindu-se la copil şi fiind trăită de acesta angoasant în afara existenţei obiectului sau situaţiei fobogene concrete. În decursul tratamentului, fobia poate avea o alură fobofobică cu desfăşurare difuză şi fazică. Cel mai bine reacţionează la tratament fobiile bine incapsulate, focalizate, comparativ cu fobiile extensive, mobile, burjonante. Ca şi la adult găsim şi la copilul fobic, fuga de obiect, evitarea sa, ca mecanisme de apărare ceea ce va determina modul concret de comportare al copilului faţă de frica sa, copilul având ca obiect securizant părinţii şi persoanele apropiate din anturajul său.

Fobia de şcoală este predominat o fobie de situaţie sau o *topofobie*, şi apare cu o frecvenţă maximă între vârsta de 9-13 ani, fiind descrisă pentru prima dată de către A. Johnson în 1941. În Franţa psihiatrul Clément Launay apreciază în 1957 că frecvenţa fobiei de şcoală reprezintă aproximativ 2% din populaţia şcolară. Fobia de obicei debutează brusc, la un copil care până atunci frecventa şcoala cu regularitate şi cu rezultate bune sau foarte bune, pentru ca la un moment dat cuprins de angoasa de a trece pragul şcolii, să evite a mai intra în şcoală. Deseori este dus cu forţa, cade în clasă, şi orice tentativă de a-l convinge eşuează. Angoasa în aceste cazuri se manifestă prin cefalee, dureri abdominale, greţuri, vomă ce pot dura săptămâni întregi, copilul aducând diverse pretexte cum ar fi frica de învăţător, ca fiind prea autoritar, teama de colegii care-l traumatizează, tema de eşecul şcolar etc.

În mod obişnuit fobia de şcoală apare ca urmare a unui *traumatism psihic* (pedeapsă, jignire, ceartă, ameninţare, mutarea în altă clasă), *un factor familial negativ* (boala unui membru al familiei, greutăţi materiale, rivalitate fraternală) sau *un factor medical* (întreruperea şcolii datorită unei afecţiuni banale, care

declanşează frica imposibilităţii de recuperare a materialului şi respectiv pierderea statutului de elev bun).

O astfel de fobie de şcoală a suferit-o un coleg al autorului care traumatizat psihic după două săptămâni de la începerea şcolii, chiar din clasa întâi, pentru motivul că nu găsea pagina cu lecţia care se cerea să fie urmărită de către elev, învăţătoarea ţipă la el, îl umileşte, copilul se zăpăceşte, devine anxios. După ce a fost oarecum liniştit s-ar fi părut că totul a intrat în ordine. În realitate când venea vremea să plece la şcoală cuprins de panică se îndrepta spre şcoală, se oprea tremurând în faţa porţii ce dădea în curtea şcolii, stătea o clipă, după care cuprins de groază fugea pe drumul de lângă şcoală şi se ascunde într-un lan de porumb din spatele şcolii, unde stătea până ce se terminau orele după care se întorcea acasă. Au aflat părinţii, l-au luat cu binişorul, şi cu calm asigurându-l că nu se va mai repeta, după două săptămâni s-a întors la şcoală. Acum este profesor universitar.

În ceea ce priveşte evoluţia, fobia poate fi expresia unei nevroze minore sau să se constituie într-o veritabilă nevroză fobică sau poate avea o evoluţie cu caracter remitent, intermitent sau periodic.

Domatofobia (teama de casă). Una dintre bolnavele noastre ne relata: Este vorba de o teamă în cazul meu de reacţia celor apropiaţi, teamă de starea lor de nevrozitate. Mama era şi este o femeie nervoasă. Nu ştiam în ce toane o voi găsi. Mă mai gândeam că acasă mă aşteaptă o mulţime de treburi. Nu mă atrăgea repetarea aceloraşi activităţi. Îmi mai era teamă ca tata, să nu vină iar beat. Nu era agresiv. Dimpotrivă, când venea beat vroia doar să mănânce şi să se culce. Dar pe mine mă consuma conflictul, natura ciudată a conflictului care avea loc în astfel de situaţii. Iată o scenă aşa cum o vedeam eu: Tata intra în casă. Îl recunoşteam după felul cum deschidea uşa. Când era beat nimerea cu greutate gaura cheii. Mama, care până atunci repeta într-una că „iar o fi pe undeva" se apropia de uşă, aşteptându-l să intre. Tata intra până la urmă şi atunci, înainte de a reuşi sau poate abia dacă reuşea să închidă uşa şi mama tăbăra, furioasă şi nestăpânită cu pumnii asupra lui. Lovea pe unde nimerea. Tata nu riposta în nici un fel. Probabil se obişnuise.

Acest chin reciproc mi se părea dureros pentru faptul că ştiam că sufereau amândoi: mama era prea nervoasă ca să se poată stăpâni şi cred că o enerva şi mai tare neputinţa sau poate indolenţa pe care o simţea din partea tatălui, iar tata accepta acele lovituri violente şi umilinţa de a fi bătut de fapt de o femeie. Cred că se

desensibilizase căci nu-i era ruşine nici de vecini, nici de noi. Dar eu credeam că semăn cu tata, şi mi se pare că în copilărie şi mama credea la fel. Şi poate din teama de a nu deveni la fel căuta tot timpul să-mi impună un ritm de viaţă mai vioi, mă însărcina cu tot felul de acţivităţi pe care acceptam să le fac dar le consideram uneori prea multe şi prea grele pentru mine. Faptul că eram înceată îmi dădea un pronunţat sentiment al neputinţei. Autoritatea mamei mi se părea insuportabilă şi necesară în acelaşi timp. Întotdeauna mi-a fost greu să mă mobilizez, dar măcar dacă aş fi acceptat dependenţa pe care mi-o impuneau alţii! Nu, cu toate că mă străduiam să fiu ascultătoare tot timpul, această dependenţă mi s-a părut aproape tot timpul un lanţ.

Era o asemenea contradicţie între violenţa cu care se impunea mama şi supunerea tatei încât mintea mea refuza să accepte că între doi soţi ar putea fi altfel de relaţii decât un conflict aproape permanent, mai ales că auzisem despre conflictele din alte familii, în care femeia era supusă unui tratament brutal. De ce se căsătoresc oamenii? Ce rost are o asemenea umilinţă? De unde vin aceste conflicte înjositoare? De ce trebuie ca aceste conflicte să le vadă şi să le suporte copiii? Cum pot oamenii să ajungă în halul în care vedeam că au ajuns părinţii mei? De ce? Cum? Cât va dura? Cred că lucrul de care mă temeam însă cel mai tare era faptul că într-o bună zi părinţii mei vor înnebuni! În acele clipe îmi puneam serios problema cum m-aş descurca singură cu sora mea. Ştiam că tata era uşor de convins să bea, iar eu semănam cu dânsul. Deci şi eu eram uşor de convins. Simţeam cum mă cuprinde o ură ascunsă, un dispreţ profund pentru josnicia umană, un fel de scârbă pentru obsesia animalică pentru atracţia mocirlei care se manifesta la unii ca la porci. Stând la ţară am văzut uneori, vara, cu câtă plăcere se bălăceau porcii în mocirle răcoroase. Nu vreau să condamn pe nimeni, dar uneori mutrele unor bărbaţi mă duc aproape violent cu gândul la porci, aşa cum mutrele unor femei mă fac să mă gândesc instinctiv la alte animale, iar altele la găinile care cotcodăcesc cu sau fără rost. O singură femeie - şi aceea era învăţătoarea mea - se asemăna în mintea mea cu o căprioară, dar a murit când eu eram în clasa a-IV-a! Cu alte cuvinte, ceea ce era grosolan, dezgustător, popula aproape în întregime universul din jurul meu, în timp ceea ce era delicat sau se pierdea sau n-avea nici o valoare sau rareori i se acorda valoarea meritată! Asta să fie oare lumea în care trăiesc eu? m-am întrebat... De ce eram atât de exigentă cu cei din jur? De ce n-am fost niciodată capabilă să le accept, dacă nu să le înţeleg micile bucurii, în noianul

de necazuri? De ce această ostilitate încăpăţânată care îmi generează frica de casă?

Din cele de mai sus decurge pentru pacientă teama de a consuma lichide, sau de a bea (*dipsofobie*). „Aceasta se manifestă - ne mărturiseşte pacienta - prin frica şi evitarea de a bea dintr-o sticlă din care a mai băut cineva, care să fi avut microbi; îmi este frică de lichidele care au un gust ciudat; de unele băuturi îmi fac greaţă şi îmi este frică să nu vomez în public; de unele lichide îmi este teamă de a nu fi otrăvitoare şi astfel înghiţindu-le să mor. Teama de băuturile alcoolice este îngrozitoare, pentru că îmi este frică să nu devină obişnuinţă, aşa cum s-a întâmplat cu tata. De aceea îmi este teamă poate şi de oamenii în stare de ebrietate".

Algamatofobia (teama ca statuile să nu vorbească). „Această teamă am avut-o de când eram copil - ne vorbeşte unul din pacienţii noştri. Această teamă o mai simt şi acum la vârsta de 18 ani. Este caraghios să ai o asemenea teamă! De câte ori mă plimb printr-un parc şi întâlnesc pe alei statui, dacă nu este nimeni în apropierea mea am o teamă organică, puternică. Simt în urechi cum bate pulsul arterelor; îmi este frică, în acele momente, ca statuile să nu vorbească. Îmi trebuie o persoană, o fiinţă în preajma mea ca să-mi fac curajul să trec pe lângă ele. Teama de statui este insuportabilă, mai ales dacă în locul unde se află statuile se află cufundat în linişte şi mai ales în întuneric. Când eram mic am încercat să-mi fac curaj să trec pe lângă statui, gândind că statuia reprezintă oameni care au trăit cândva şi care acum nu mai sunt în viaţă. Am reuşit cu gheaţa în suflet să trec pe lângă statui, privindu-le cu coada ochiului. O dată m-am întors să mă uit, dar aşa de mai de departe, pentru a mă convinge că statuia a rămas în acelaşi loc şi că nu s-a schimbat. Şi acum când trec pe lângă statui îmi este frică, transpir şi mă uit în jur, să observ spre a mă convinge că nu mă observă nimeni, pentru că îmi este frică să nu par ridicol".

Criofobia (teama de frig). A existat această teamă, ne spune o pacientă, aproape tot timpul şi încercam să scap de ea făcând mişcare sau să stau la căldură. Dar cel mai chinuitor mi se părea în copilărie faptul de a ieşi în frig de la căldură. Dacă afară era ger aveam senzaţia că paralizez pe loc. Nu mă întorceam să mă îmbrac mai gros, căci cu timpul ajunsesem să învăţ că frigul acela paralizant, frate cu îngheţul mă cuprindea oricum, mai devreme sau mai târziu. De aceea uneori preferam să mă îmbrac mai lejer pentru ca prin mişcare să mă încălzesc şi să pot evita cât mai mult transpiraţia. În asemenea situaţii simţeam dinstinct cum îmi îngheţau ambele palme,

inclusiv încheieturile, se învineţeau şi se încleştau ca nişte gheare. Mă durea orice mişcare a lor, o durere care mă deranja şi mai tare în momentul când o simţeam şi în creier. În acelaşi timp îmi îngheţau labele picioarelor. Nu ştiu de ce, dar laba de la piciorul drept şi mâna dreaptă mi se păreau mai îngheţate. Durerea mă împiedica să gândesc asupra vreunei alte acţiuni. Dacă mergeam eram nevoită să mă concentrez asupra mersului simţind că dacă nu mă uit bine unde calc, picioarele, nesigure nu mă vor asculta şi voi cădea. Îmi era teamă de căzătură pentru că pe mâini nu puteam să mă bazez şi mă temeam să nu cad pe spate şi să mă lovesc la coloana vertebrală sau la cap. Dacă haina era scurtă aveam permanent senzaţia de frig în zona bazinului, toată porţiunea până la rinichi. În acele momente fără să simt prea puternic îmi îngheţa şi pielea feţei. Dar nu era grav decât atunci când începeam să-mi lăcrimeze ochii, căci lacrimile prelinse pe faţă nu puteam să mi le şterg bine cu mâinile încleştate şi-atunci ceea ce rămânea pe faţă simţeam cum îngheaţă. Erau clipe când credeam că nu voi rezista, că picioarele îmi vor înţepeni şi voi rămâne pe loc fără vlagă. Copil fiind, ideea mă înspăimânta şi alergam (adică de fapt făceam eforturi disperate de a face paşi repezi pentru a ajunge în casă la căldură). Nu puteam să înţeleg cum ceilalţi copii făceau faţă frigului, erau veseli şi nepăsători. În casă eram întrebată dacă mi-a plăcut afară, dacă mi-e frig. Îmi amintesc că nu aveam curajul să spun adevărul. Eram îndemnată să mai ies. Uneori ieşeam, alteori renunţam. Dar o dată, ceea ce mă speriase până atunci s-a întâmplat. Îmi era frig, eram singură pe un drum mai lung şi am simţit că se apropie acea clipă şi acea stare care mă înspăimânta. Încercam să mă consolez dar n-am putut. Atunci m-a cuprins o stare de revoltă disperată şi am început să mişc degetele de la mâini şi de la picioare, în acelaşi timp grăbindu-mi mersul. Am simţit că se amplifică durerile, că acum în nici un caz nu mai reuşeam să urmăresc ce se întâmplă în jur, dar instinctiv am simţit că trebuie să continui. Nu ştiu cât a durat această stare de frică şi oricum aveam senzaţia că timpul stă pe loc sau chiar dacă trecea pentru mine n-avea importanţă. Îmi amintesc că a fost la un moment dat o stare de apogeu, de maximă intensitate, după care m-a cuprins amorţeala încet-încet, o stare aş zice aproape binefăcătoare care s-a răspândit apoi în tot corpul luând în cele din urmă locul durerii. Surprinzător, sângele a început să circule şi prin mâini şi picioare şi am simţit o linişte şi o bucurie contrară zbuciumului şi durerii dinainte. Acum ştiam lecţia. Când simţeam că frigul mă cuprinde iar începeam să mă mişc vioi nepermiţându-i să mă copleşească.

Particularităţi clinice ale fobiilor copilului

1. frica, angoasa din prima copilărie are un caracter difuz, extensiv, mobil şi este mai aproape de frica normală care polarizează angoasa existenţială;

2. frica la copil, dacă se manifestă intens în prima copilărie va constitui substratul reactivităţii psihice pentru instalarea fobiei în cazul unor temperamente puternice şi a obsesiei în cazul unei structuri temperamentale slabe;

3. pentru ca frica să se focalizeze fobic pe un obiect, situaţie, fiinţă, eveniment etc, va fi necesară prezenţa evenimentului care s-o ocazioneze şi de la survenirea căriua să treacă o anumită perioadă de timp mai mult sau mai puţin îndepărtată;

4. în afara condiţiilor de mai sus este necesară eleborarea unui minimum de operaţii conştiente - simbolice şi de semnificaţie ataşată obiectului fobogen;

5. în virtutea acestei capacităţi de reprezentare şi de simbolizare semnificativă este posibilă declanşarea fantasmatică a obiectului sau a situaţiei fobogene pe care să se ataşeze şi să polarizeze angoasa;

6. coşmarurile stereotipe cu rememorarea lor la trezire şi în faza de veghe pot determina la copil apariţia unor manifestări fobice, mai mult decât coşmarurile nocturne izolate;

7. copii mici îşi organizează fobic trăirile în raport cu animalele mari, în timp ce în a doua copilărie predomină fobiile pentru animalele mici;

8. fobiile se organizează în raport cu experienţa traumatizantă, angoasantă a copilului dezvoltată pe un fond constituţional sau câştigat hiperemotiv-anxios şi în relaţie cu calitatea maturizării structurilor arhi şi paleo-psihice, ca şi a celor noogenetice;

9. orice fobie este într-un mod direct sau indirect legată de calitatea şi nivelul cultural al mediului modelator-formativ în care se dezvoltă copilul şi de nivelul ideo-afectiv la care acesta integrează achiziţiile lingvistice şi culturale, obiceiurile, credinţele şi temerele microgrupurilor existenţiale;

10. la copii este posibilă declanşarea tuturor tipurilor de fobii;

11. comportamentul contrafobic cunoaşte aproximativ aceleaşi modalităţi ca şi cele ale adultului însă la copilul mic

frecventă apare inhibiţia motorie masivă în faţa obiectului şi situaţiei fobogene.

Fobia de boală (nosofobia sau patofobia).

Fobiile de boală considerate a fi atât de îndepărtate de adevăratele fobii, sunt frici intense de îmbolnăvire, centrate angoasant asupra unor boli, ca de exemplu: frica de a suferi de cancer (*cancerofobia*), de o boală de inimă (*cardiofobia*) de boli venerice cum ar fi de exemplu sifilisul (*sifilofobia*) etc. Nosofobiile, cu cât sunt mai intens grevate de anxietate cu atât mai mult au caracterul unor ruminaţii anxioase şi nesfârşite şi trăsături obsesive cu referire la posibilitatea iminentă de a suferi de boala respectivă sau de o boală absolut incurabilă. Aceste trăiri penibile asupra corpului propriu şi asupra funcţiilor sale sunt ocazionate de survenirea bolii la unele persoane din anturajul apropiat sau sunt sugerate prin lecturi sau filme, relatări ocazionale etc., însoţite de analize neliniştite, de cercetarea atentă angoasantă a funcţionalităţii corpului, a temperaturii etc. în scopul de a surprinde şi a evidenţia un eventual semn de îmbolnăvire, toate fiind mai mult *ideoipohondrii* comparativ cu *sensuoipohondriile* cu senzaţiile cenestopatice ce le însoţesc pe acestea din urmă.

Trăirilor neliniştite nozofobice le lipseşte sentimentul de rezistenţă şi de luptă interioară particulare obsesiilor veritabile, deşi sunt generate de trăiri anxioase ruminative care într-un anume fel le îndepărtează de fobiile veritabile. Aşa cum subliniază V. Prédescu fobia de boală este „o teamă parazitară de boală, pe când ipohondria reprezintă o idee dominantă adoptată, însuşită, bolnavul fiind fără critică faţă de ea" dar cu discernământ critic adăugăm noi.

Unele nosofobii cu caracter terifiant deosebit, se organizează în jurul unor boli fizice reale sau după unele crize alarmante, cărora li se exagerează simptomatologia şi semnificaţia lor vitală. Sunt, de asemenea, cazuri de fobii iatrogene când un epistaxis, un vertij, o criză de astm sau de angor pectoris etc., cu elementele lor de acompaniament afectiv sub formă de anxietate sau angoasă pot să fie supraevaluate ca importanţă şi semnificaţie vitală de către personalul medical, inducând astfel în conştiinţa bolnavului, adevărate stări fobice de natură esenţial iatrogenă. În unele cazuri, alegerea bolii ca obiect pe care se fixează nosofobia, depinde de boala medicală la „modă", de cunoştinţele şi preocupările microgrupurilor socio-familiale şi instructiv-educative în care se află subiectul, de boala cea mai discutată, mai popularizată şi,

bineânţeles, considerată a fi drept cea mai periculoasă şi gravă totodată. În prezent SIDA, bolile cardio-vasculare, cancerul, deţin un loc privilegiat dominând cvasifobic conştiinţa contemporană.

O altă nosofobie, astăzi mai rar întâlnită şi totuşi mai frecventă la persoanele tinere îndeosebi, este *sifilofobia* care se însoţeşte totodată şi de fenomene depresive şi de culpabilitate pe plan erotic. Bolnavii sunt terorizaţi de teama de a nu avea sifilis şi, deşi seroreacţiile pentru sifilis sunt negative, ei insistă pe lângă medici şi personalul medical să fie examinaţi cu mai multă atenţie, consultă specialişti din alte localităţi, fac analize în paralel şi frecvent repetate, insistând în final să li se facă tratament antiluetic. Orice stare de disconfort care poate apare la sifilofobic, fie chiar nesemnificativă - menţionează V. Predescu - ca de exemplu tuse, subfebrilitate uşoară, durere, indiferent de etiologie, este considerată, în virtutea unei dominante psihologice cu sens descendent ca o dovadă de existenţă indubitabilă a infecţiei sifilitice acuzate. Aceste trăiri anxioase mai ales atunci când fobiile obsesive devin idei dominante, prevalente pot în unele cazuri şi îndeosebi la structurile paranoice, să se transforme într-un veritabil *delir obsesiv* melancolic etc.

Un pacient cunoscut de noi, prezentând sifilofobie o îndelungată perioadă de timp, se interna de fiecare dată când prezenta o nouă decompensare cu o stare de tensiune anxioasă deosebit de intensă. De fiecare dată solicita să i se repete analizele de sânge şi de lichid cefalorahidian pentru a verifica dacă în adevăr nu este bolnav de sifilis şi aceasta pentru că în jurul vârstei de 20 ani contractase o blenoragie. S-a căsătorit, şi-a întemeiat o familie, avea trei copii sănătoşi, soţia era salariată, bolnavul însuşi având o încadrare socio-profesională mai mult decât optimală. În cursul internărilor era pradă unor intense şi chinuitoare ruminaţii anxioase. Neliniştea că este bolnav totuşi de sifilis l-a determinat să se interneze în aproape toate clinicile de psihiatrie din ţară, unde de fiecare dată analizele de laborator infirmau temerile sale. A apelat inclusiv la Institutul Cantacuzino din Bucureşti de unde a obţinut acelaşi rezultat. Până la urmă presat de această frică de sifilis şi de faptul că ar fi posibilă transmiterea infecţiei şi la membrii familiei intenţiona să le efectueze şi acestora explorările necesare. După o evoluţie de doisprezece ani a bolii pacientul prezintă o decompensare depresivă melancolică anxioasă în cursul căreia realizează un raptus suicidar reuşit.

O altă formă de fobie de boală asupra căreia sau întreprins numeroase studii este *cardiofobia* semnalată de Régis sub denumirea de *anginofobia*. Aceasta ar fi un adevărat sindrom care apare la unii tineri cu fragilitate viscero-vegetativă, de obicei şi consumatori de alcool, cafea şi tutun, consecutiv unor situaţii tensionate sau stresante existenţiale. Cardiofobia, se instalează brusc, de obicei seara, debutând acut printr-un atac de angoasă trăit cu intensitate dramatică. În centrul atacului de angoasă cardiofobică stă disfuncţia cardio-vasculară exprimată prin palpitaţii, tahicardie, ameţeli, dureri precordiale etc., însoţită de anxietate, depresie, frică, angoasă; pacienţii au senzaţia de moarte iminentă prin stop cardio-circulator, fapt care amplifică şi mai mult starea de panică imensă şi frică de moarte subită (*cardiofobie şi tanatofobie*). După consumarea stării critice, aproximativ 10% dintre bolnavi rămân cu o fobie specifică (cardiofobia), adică frica de a nu se produce oprirea bruscă a inimii şi de a surveni moartea subită. Se instituie astfel o stare de anxietate încordată, de aşteptare anxioasă anticipativă centrată dominant asupra funcţiei cardiace, pacientul fiind angoasant orientat asupra conştientizătii în ce priveşte dozarea activităţii, urmărind cu nelinişte frecvenţa pulsului, forţa şi ritmul bătăilor cardiace etc. În afară de supravegherea atentă şi continuă a circulaţiei, care devine o preucupare cvasiconstantă, indiferent de locul unde se află, bolnavul îşi ia măsuri severe de apărare renunţând la fumat, la consumul de alcool, evită cu grijă conflictele, activităţile suprasolicitante, scade intensitatea şi ritmul acestora, îşi asigură securitatea proprie prin prezenţa în apropiere, uneori continuă, a soţului sau a soţiei, îşi asigură legătura unui medic, poartă asupra sa medicamentele necesare, face controale medicale repetate, consultă pe cei mai diferiţi şi reputaţi specialişti etc.

Se constituie, totodată, o frică intensă de adormire, (*hipnofobia*) bolnavul adoptând măsuri securizante în sensul că solicită să-i fie supravegheat somnul, ca soţul sau soţia să nu adoarmă înaintea sa, cere să-i controleze pulsul, fenomene ce se explică prin aceea că scăderea vigilităţii asupra funcţiei cardiace ar putea determina moartea subită în timpul somnului. Din aceeaşi cauză cardiofobicul refuză seara sedativele (*farmacofobia*) pentru a nu determina o depresie centrală a mecanismelor de reglare cardio-vasculară. Cardiofobia este cu atât mai intensă cu cât ereditatea similară familială este mai bogată.

O bolnavă aflată sub observaţia noastră de peste douăzeci de ani, se internează pentru stare de angoasă intensă prezentând

palpitaţii, tahicardie, dureri precordiale, senzaţie de sufocare cu frică iminentă de moarte prin stop cardiac. Boala a debutat în urma unui efort intens pentru elaborarea tezei de doctorat pe care a redactat-o în decurs de trei luni, perioadă de încordare cu nopţi nedormite, cu consum de cafea, aspirina, vitamina C pentru a evita starea nocturnă de somnolenţă. Criza a debutat într-o dimineaţă când având în vizită o colegă, au servit aproximativ 50 ml cognac şi au fumat o ţigară. Brusc au apărut palpitaţii, senzaţia de moarte iminentă, creşterea tensiunii arteriale care au impus internarea într-o clinică de medicină internă unde se infirmă un diagnostic de suferinţă cardiacă.

După acest accident bolnava, intelectual cu pregătire profesională excepţională, de fiecare dată după perioade de suprasolicitare sau în condiţii de solicitare emotivă prezintă decompensări cardiofobice cu atacuri de panică intensă şi sentimentul de moarte iminentă.

În perioadele de criză prezintă *hipnofobie* în sensul că-i este frică să adoarmă gândind că ar fi posibil decesul în cursul somnului, de aceea roagă pe soţul său să nu adoarmă, să-i supravegheze pulsul şi bătăile cardiace şi dacă respiraţia are ritm regulat.

În stare de emoţie indiferent unde s-ar afla, îşi controlează pulsul în ceea ce priveşte frecvenţa, ritmul, amplitudinea. Şi-a cumpărat un tensiometru şi zilnic îşi controlează tensiunea arterială de 2-3 ori pe zi. Este cunoscută de toţi medicii din centrul universitar şi deşi au trecut douăzeci de ani de la debut şi acum se comportă cu aceeaşi constantă preocupare cardiofobică.

Cancerofobia, se poate spune cu certitudine că există mai mulţi cancerofobi fără cancer decât bolnavi suferind propriu-zis de cancer. În plus, bolnavii de cancer comparativ cu cancerofobii nevrotici dezvoltând într-o proporţie nesemnificativă atât cancerofobia cât şi tanatofobia, fenomen aparent paradoxal dacă se are în vedere gravitatea acestei boli. Spre deosebire de alte fobii, în cancerofobie bolnavul îşi ascunde angoasa care, de obicei, se traduce indirect prin numeroasele examene pe care bolnavul le solicită şi le efectuiază. Ei se prezintă la medic pentru intense simptome egofobe, nelinişte, angoasă, insomnie, astenie, depresie mascată, simptome acompaniate de manifestări vegetative respiratorii, cardio-vasculare, digestive, genito-urinare, acuze subiective multiple, constipaţie, flatulenţă, senzaţie de uscăciune a mucoaselor, etc., fără ca examenele clinice şi paraclinice să evidenţieze semne locale de suferinţă viscero-umorală. Cancerofobia ca simptom subiectiv nevrotic este descoperită cu totul întâmplător, dacă medicul, în

dialogul cu bolnavul face vreo remarcă despre cancer sau îl întreabă direct dacă nu are cumva frică de cancer sau dacă s-a gândit că ar fi bolnav de cancer. Atunci, cu surprindere, pacientul confirmă frica dominantă a îmbolnăvirii de cancer, după care pe timpul examenului şi apoi până la formularea diagnosticului urmează o stare de încordare anxioasă intensă în aşteptarea răspunsului din partea medicului. În majoritatea cazurilor, cancerofobia se declanşează după decesul printr-o formă de cancer a unei rude, prieten, vecin sau coleg de studii ori de serviciu, sau după lectura diverselor materiale de popularizare privind profilaxia acestei boli redutabile pe care nu ştim încă s-o prevenim. Cancerofobia ca şi cardiofobia apare cu mai mare frecvenţă la bolnavii a căror rude apropiate au suferit şi apoi au decedat de cancer.

În categoria fobiilor de boală (nosofobii) mai sunt descrise, de asemenea, frica de moarte (tanatofobia), frica de a nu fi îngropat de viu (tafefofobia). În ce priveşte dismorfofobia - frica de diformităţi - frica de a nu se degaja din propriul corp un miros neplăcut pentru alţii, algofobia, etc., acestea vor fi considerate în cadrul nevrozei fobice dacă sunt întrunite criteriile diagnostice pentru fobii, în caz contrar se vor include la tulburările somatoforme sau în capitolul separat al dismorfofobiilor.

Tanatofobia este frica de moarte, sau frica (angoasa) faţă de morţi. În primul rând în subsolul fiecărei fobii se afla frica de moarte, în unele fobii această trăire anxioasă fiind mai intensă, în altele mai discret exprimată. Sentimentul angoasant şi anxios în fobiile diverse apare, ca modalitate de acompaniament al tulburării fobice, cu atât mai intens cu cât tulburările negative anxioase sunt mai intense şi cu atât mai mult dacă de pe planul conştiinţei li se conferă semnificaţia gravă de pericol vital.

Pe de altă parte existenţa umană, în tragismul său, include acest sentiment neliniştitor al morţii. Conştientizarea că nu vom trăi veşnic, că mai devreme sau mai târziu fiece om moare, o realizează aproape fiecare individ uman şi, totuşi foarte rar, această conştientizare se constituie într-o structură tanatofobică. Ar mai fi poate de observat că pe măsură ce omul îmbătrâneşte se resemnează, dar nu devine un disperat în faţa vieţii dar nici în faţa morţii.

Tanatofobia veritabilă, trăită ca monofobie, nu este atât o fobie, cât mai ales o obsesie fobică. Pe de altă parte subliniem că *tanatofobia primară* este rară, mai frecventă ni se pare *tanatofobia secundară* unor boli viscero-umorale grave. Dar şi în cazul tanatofobiei secundare în bolile foarte grave, cum ar fi cancerul,

fenomenele fobice în general sunt, dacă nu foarte rare, în tot cazul cu mult mai puţin frecvente ca de exemplu în bolile cardio-vasculare, sindroame hipoglicemice etc.

Un caz de *tanatofobie vera* l-am cunoscut noi de peste cincizeci de ani. Acest caz, al unui bărbat, constă în fobia care o are faţă de morţi. Această fobie, are la bază evenimentul psihic traumatizant, care a fost trăit de persoana respectivă în copilărie, când unul dintre fraţii săi, în urma unei dizenterii, a decedat în braţele sale. În momentul acela persoana despre care vorbim avea vârsta de zece ani. De atunci nu suportă să vadă morţii, în special persoanele care au decedat şi i-au fost apropiate, fie ca rude, prieteni sau cunoştinţe. Această tanatofobie l-a împiedicat să participe la înmormântarea rudelor sau prietenilor apropiaţi, de frica de a nu prezenta o cădere brutală, în asemenea situaţii simţindu-se incapabil de a păstra poziţia ortostatică. Persoana despre care vorbim a devenit medic şi este interesant faptul că în situaţii excepţionale, trebuind să acţioneze în cazuri disperate pe care le asistă nu trăieşte tanatofobia decât doar după eventualul deces al pacientului.

Frica de microbi (misofobia), face parte dintre fobiile tematice, fobii de „obiecte" prezente în mediul în care se află pacientul şi pentru care organizează cele mai diverse, mai complexe şi absurde modalităţi comportamentale de evitare. Din această grupă fac parte, de asemenea, fobia de otravă (ilofobia), fobia de contact, fobia de boală (nozofobia).

Fobia de microbi constă în mod esenţial în frica de contaminare. Trăirea fobică este determinată de posibilitatea iminentă de îmbolnăvire, de infectare, de ameninţare a integrităţii persoanei şi, în ultimă instanţă, a eului psihologic, a personalităţii, atunci când fobia se organizează cu puternic substrat profund tanatofobic.

O bolnavă din Tulcea de profesie grefier, este adusă la internare de nepotul său, medic în aceeaşi localitate, pacienta prezentând *microbofobie* de peste cinci ani. Boala a deputat insidios şi a fost ocazionată de o stare de surmenaj care a coincis cu aruncarea unei pisici în preajma locuinţei sale. Bolnava a făcut tentativa de a înlătura cadavrul în putrefacţie al animalului. După o perioadă de timp a început să-i fie frică să nu se îmbolnăvească, şi mai ales să nu fi adus în casă un microb de la locul unde era aruncată pisica. A început să apară stare de angoasă, cu spălarea repetată a mâiinilor (*ablutomanie*), şi dezinfectare cu alcool a mâiniilor. Fiind convinsă că a adus pe încălţăminte microbi şi că a infectat

duşumelele a început să le spele cu substanţe dezinfectante odată la două zile pentru ca apoi să dezinfecteze duşumelele de câteva ori pe zi. Dar lucrurile nu s-au oprit aici, fobia s-a extins asupra tuturor lucrurilor din casă. Îmbrăcămintea veche a făcut-o cadou diferitelor persoane. Şi-a păstrat doar costumele absolut necesare. Săptămânal fierbea toată lenjeria din casă fie că aceasta fusese sau nu utilizată. Bolnava moştenise de la părinţii săi o mobilă clasică de valoare deosebită. Nici mobila n-a scăpat acţiunii de dezinfectare ceea ce a dus la compromiterea valorică a acesteia. La fel proceda cu pereţii pe care-i spăla deasemenea săptămânal. Viaţa devenise pentru pacientă un adevărat calvar.

Internată în clinică a trebuit să se asigure de dezinfectarea lenjeriei şi a obiectelor din rezerva unde fusese internată. Nu servea masa decât după ce-şi dezinfecta cu alcool vesela pe care o folosea. N-a acceptat injecţiile i.v. sau i.m. sub nici o formă şi cu mare dificultate accepta restul tratamentului şi aceasta după instituirea celor mai severe măsuri de precauţiune.

Fobia de microbi (misofobia) poate îmbrăcă în ce priveşte manifestările sale concrete cele mai diverse, surprinzătoare şi uneori incredibile forme. Astfel noi am avut sub tratament un pacient care prezenta fobie pentru microbi motiv pentru care ablutomania devenise un obicei invicibil prin frecvenţa şi prin motivaţiile ei cvasiridicole. Acest bărbat, căsătorit, cu trei copii, în viaţa sa nu şi-a sărutat niciodată soţia de frică să nu cumva să ia vreun microb şi să se îmbolnăvească. Pe de altă parte, la fel nu şi-a sărutat niciodată pe niciunul dintre copii de frică să nu le dea el, dar mai ales să nu ia microbi, motivând că „toţi copii jucându-se prin cele mai felurite locuri sunt şi cu cei mai mulţi microbi". Pacientul nostru este profesor de liceu, o personalitate veritabilă, iubit şi apreciat de colegi ca şi de colegele sale cărora la nici una nu le-a sărutat vreodată mâna. Această atitudine vine dintr-o educaţie rigidă, pe care i-a făcut-o mama sa care-i spunea: „să nu te apropii de femei că te pot îmbolnăvi cu tot felul de boli".

Se cunoaşte că marele mentor al Vieţii Româneşti, criticul, scriitorul şi profesorul Garabet Ibrăileanu, avea fobia de microbi, dar şi fobia de a călători cu trenul. Aceeaşi fobie o prezenta criticul Paul Zarifopol. Marele şi neîntrecutul scriitor I. L. Caragiale prezenta şi el microfobie, motiv care l-a determinat să nu-şi dea copii la şcoală. Această mărturie despre Caragiale este prezentată de Cella Delavrancea, iar despre Garabet Ibrăileanu vorbeşte Ionel Teodoreanu.

Fobia atingerii (delirul de contact) face parte din fobiile pentru obiecte şi este la fel de angoasantă ca toate fobiile. Această fobie a fost semnalată de Esquirol apoi de Legrand du Saulle care i-a dat denumirea de „folie de contact". Un bolnav al lui Tamburini nu putea atinge nici un obiect din apartamentul său deoarece, considera că toate sunt murdărite de urină de şoarece.

În alte cazuri, fobia de a atinge obiecte se extinde la tot spaţiul şi atunci, diferenţa dintre spaţiul corporal ameninţat şi spaţiul exterior fobogen devine deosebit de angoasantă, iar trăirea acestui sentiment absurd de către bolnav îl poate aduce în vecinătatea delirului de contact. Refuzul unor contacte sexuale între parteneri ca în cazul mai multor paciente ale noastre poate avea ca motivaţie aceeaşi fobie de microbi. Fobiile de contact devin deosebit de invalidante atunci când obiectul fobogen face parte dintre instrumentele realizării activităţii profesionale a pacientului.

Bolnavii cu fobia microbilor se spală frecvent şi timp îndelungat pe mâini (ablutomanie) cu atenţie încordată, anxioasă, acumulează cunoştinţe despre bolile infecţioase, păstrează exagerat regulile de igienă individuală, se dezinfectează cu alcool sau cu alte antiseptice. Ablutomania, întâlnită îndeosebi în cazurile de nevroză obsesivo-fobică se caracterizează prin faptul că bolnavul se spală foarte des pe mâini, ajungându-se la eczeme ca urmare a iritaţiei pielii. Bolnavii spală frecvent lenjeria, degradează hainele, mobilele etc.

Fobiile de elementele, fenomenele şi evenimentele naturale.

Deşi este dificilă distincţia dintre frica obişnuită ca reacţie de apărare instinctivă în faţa unui pericol vital de ordin natural, totuşi fobia ca frică intensă reflex condiţionată poate fi întâlnită cu atât mai mult dacă se are în vedere că nu toate persoanele care au trăit angoasa intensă prilejuită de un cutremur de pământ rămân marcaţi fobic de acest eveniment natural cataclismic. Reactivitatea afectivă în faţa unor asemenea fenomene şi evenimente naturale cum sunt cutremurele de pământ, furtunile, fulgerele, tunetele, etc., este de tipul reactivităţii emoţionale primare, ancestrale, spontane, inconştiente, relativ independente în raport cu informaţiile superioare noogenice. Pe de altă parte nu este mai puţin adevărat că noi gândim cu întregul corp, cu istoria noastră individuală şi cu cea generală a speciei. În această perspectivă frica este legată de emoţie şi de instinctul de conservare în faţa primejdiei vitale, cu mobilizarea consecutivă a forţelor de apărare, care în asemenea cazuri foloseşte

nestingherit fuga sau inhibiţia în faţa evenimentului fobogen cu energie descărcată din subteranele biopsihice, din resursele manifestărilor organice, vegetative. Sub acest raport cele de mai sus atestă posibilitatea organizărilor fobice şi respectiv a conduitelor fobice la unele persoane cu reactivitate emoţională particulară, conduită care nu poate fi explicată decât în raport cu evenimentele, fenomenele şi elementele naturale în cazurile la care ne vom raporta mai jos. În fine o remarcă ce ni se pare a fi necesară: fobia se exprimă prin emoţie cu expresivitate şi mecanisme ce ţin predominant de ciclurile funcţionale subcorticale, mult mai apropiate de fenomenul fiziologic şi biopsihic decât cel psihologic, intelectual şi atunci reacţiile vor fi vegetative, endocrino-umorale, neuro-musculare tonice sau kinetice. Stările emoţionale sunt desigur traduse la nivel conştient şi semnificate afectiv prin sentiment, dar în cazul tensiunilor intense emoţionale şi a dezordinilor pe care le determină, ajustarea şi adecvarea stărilor conflictuale nu se poate realiza în mod adecvat, optimal. În asemenea situaţii apar efectele psihice nedorite cum ar fi: „sentiment de slăbiciune, sentiment de tensiune, sentiment de aversiune, îngustarea câmpului de atenţie cu sporirea intensităţii conţinuturilor ei, accelerarea sau accentuarea procesului de gândire, de judecată; în cazuri extreme confuzia ideiilor şi a judecăţii, accelerarea sau încetinirea judecăţilor şi deciziilor, o masă vagă de senzaţii şi lipsa totală de autocontrol, pierderea conştiinţei, etc." (V. Pavelcu - op. cit. p.137).

Din punctul de vedere al calităţii stărilor afective, a calităţii fobiilor care acţionează în câmpul afectiv noi vom spune că ecuaţia caracterizează predominant atributele timice inferioare pe când sentimentele asigură nu numai o echilibrare a câmpului afectiv dar şi o coeziune a structurilor intelectuale. De aceea noi suntem înclinaţi să ataşăm emoţia predominant de anxietate şi fobie, în timp ce sentimentul îl ataşăm predominant de obsesie, chiar dacă între emoţie (fobie) şi sentiment (respectiv obsesie) din punctul de vedere al intensităţii lor sunt gradaţii continue, predominant de la angoasă în fobie la anxietate în obsesie ceea ce printre altele explică prezenţa fobiilor obsedante, şi a obsesiilor fobice pe de altă parte şi trecerea de la fobie la obsesie prin procesul de raţionalizare obsesivă şi spiritualizare a emoţiei. Emoţia şi sentimentul din punctul de vedere al finalităţii lor sunt concurente şi complementare, dar şi opuse. Pe de altă parte reacţiile vegetative, endocrine, umoral-metabolice şi neuromusculare (tonice sau kinetice), cu polaritatea şi expresivitatea lor excitatorie sau inhibitorie, cu balansarea simpaticotonică,

vagotonică sau amfotonică, precum şi cu organizările lor dominante atât pe verticala cât şi pe orizontala câmpului neuropsihic cu componentele sale arhi şi paleopsihice, noopsihice (ideo-afective şi axiologice) la nivelul personalităţii şi cu interesarea prin intermediul acestor dominante neuropsihice a întregului organism, în raport cu semnificaţia biologică, psihologică şi socială a excitanţilor de mediu, explică însăşi dinamica tensiunilor conflictuale ale proceselor de adaptare bio-psiho-socială a personalităţii în ansamblu său. Tocmai în relaţiile sincrono-diacronice pe verticala dezvoltării personalităţii şi pe câmpul dinamic în orizontul adaptiv la exigenţele existenţiale de mediu natural şi psiho-social se organizează dominantele neuropsihologice cu semnificaţiile lor multiple şi care se armonizează dinamic optimal sau nu sau îşi pun amprenta inerţiei pe procesele intrapsihice, deschizând sau închizând supapele de descărcare sau nu a energiilor pulsionale. În moara dominantelor au loc transformările, metamorfozele, răsturnările etc. de sensuri, simboluri şi semnificaţii ale stărilor tensionale de la cele primare până la cele noogenetice, de la nivelul structurilor arhi şi paleopsihice, până la cele superioare şi conştiente ideoafective şi de aici la cele valorice, axiologice şi tot aici operează mecanismele de apărare ale Eului. În acest domeniu vast de câmpuri plurinivelare, plurivalente, biologice şi biopsihice, instinctiv-afective elementare şi ideo-afective superioare, conştiente şi inconştiente şi până la superconştiinţa axiologică, activează dominantele şi în interiorul lor se elaborează inconştient şi acţionează selectiv, inclusiv mecanismele de apărare psihologică evidenţiată de psihologia abisală cu apărările sale reuşite, insuficient reuşite sau nereuşite (deplasare, refulare, sublimări, formaţiune reacţională, anulare retroactivă, izolare, regresie, fixare, denegare, identificare, inversare pulsională, apărare contra afectelor etc). Nici un mecanism de apărare nu acţionează dacă nu există o stare conflictuală tensionată, dar nici o stare de tensionare nu poate fi considerată decât ca o dominantă spre care se canalizează inconştient celelalte pulsiuni, tendinţe sau aspiraţii şi care vor suferi procesele de „metabolizare" şi simbolizare intradominantă utilizând nu numai apărările psihologice dar şi procesele de creaţie simultan emergentivă şi de echilibrare creatoare imergentivă, în dominantă utilizându-se nu numai resursele psihologice dar şi cele energetice, biopsihice ca şi cele superioare noopsihice şi axiologice în vederea realizării unor noi modalităţi de asimilare şi acomodare adaptativă. Acest proces de creaţie şi de distrucţie, de afirmare şi anulare, de echilibrare şi acomodare, de

asimilare şi de respingere etc., are componente simultan arhetipale, instinctiv-pulsionale, afectiv-emoţionale elementare şi ideo-afective superioare, pozitive şi negative, cu rezonanţă asupra activităţilor automatice şi neliniare, conştiente şi inconştiente, cu valorizare axiologică în funcţie de direcţionările integrative ale echilibrării sistemului psihic.

În raport cu cele de mai sus se poate afirma că acţionăm şi gândim cu întregul corp, reacţionăm diferenţiat în raport de întreaga noastră istorie individuală şi de moştenirea cu care venim pe lume adaptându-ne la exigenţele naturale şi sociale, după felul calitativ diferit în care ne-am modelat viaţa în multitudinea dimensiunilor şi condiţionărilor sale.

De aceea structurarea fobică pe palierele de reactivitate predominat biopsihică, la zonele de interferenţă ale reactivităţii biopsihice cu cele ale funcţionalităţii fiziologice, se poate realiza inclusiv în raport cu obiectele, fenomenele şi evenimentele naturale, chiar dacă am fi înclinaţi să considerăm că aceste modalităţi de răspuns ar aparţine mai ales nevrozei anxioase, traumatice, reacţiilor de stres etc.

O altă persoană cunoscută de noi de peste 40 de ani, actualmente de profesie medic, a copilărit într-o zonă în care atunci când plouă, incidenţa fulgerelor şi trăsnetelor este mai mare decât în alte zone limitrofe. Intensitatea fulgerelor şi trăsnetelor este deasemenea mai mare şi în prezent decât în mod obişnuit. Reacţiile iniţiale la aceste evenimente au fost de frică intensă, de anxietate insuportabilă care ajungea până la panică atunci când ploaia era abundentă şi dublată de furtună. Deşi nu mai locuieşte în zona în care a copilărit, în prezent când vine ploaia are *bronotofobie* (frică de tunete), *cheimofobie* (frică de furtună), *selofobie* (frică de fulgere), şi frică de furtună obişnuită (*anemofobie*), aceeaşi frică având-o şi atunci când viscoleşte intens iarna (*chianofobie*). Pacienta a trăit o stare de intensă panică, nu de mult timp, în momentul în care „a avut loc o rupere de nori, când era un potop de apă care cădea din cer încât nu se mai vedea nici la doi metri în faţă", stare de panică ce a detreminat-o să tragă maşina la marginea şoselei. După ce ploaia a încetat, s-a risipit starea de anxietate, de panică, şi a revenit la echilibrul anterior, a condus automobilul pe o distanţă de peste 50 km deşi condiţiile rutiere nu erau atât de favorabile deplasării cu automobilul. De remarcat că aceeaşi pacientă în perioada când era gravidă în luna a noua de sarcină, a suferit un stres intens generat de un cutremur de mare amploare. Starea de frică a fost amplificată cu

atât mai mult cu cât hornul de cărămidă, de pe casa în care locuia a căzut la o distanţă de aproximativ un metru în faţa sa, fără a suferi însă, din fericire un traumatism fizic. După ce a încetat cutremurul şi sau liniştit colocatarii, pacienta nu a mai intrat niciodată în casa în care a locuit până la cutremur, şi a rămas cu o frică intensă faţă de cutremur (*seismofobie*), care a fost şi mai bine fixată după survenirea a încă două cutremure de pământ în ultimii ani. În prezent locuieşte într-un apartament dintr-un bloc în care atât planşeele cât şi plafonul oscilează când cineva se deplasează în apartamentul propriu sau în apartamentele vecinilor. Aceste oscilaţii au determinat-o să facă eforturi în prezent spre a-şi construi o casă pe pământ pentru a-şi asigura liniştea şi siguranţa.

Cum însă monofobiile sunt excepţionale, şi în cazul pacientei noastre se constată în plus fobia de câini (*chinofobie*) şi este interesant că nu are fobie pentru toţi câinii „ci doar pentru aceia pe care după cum privesc îi ştiu că sunt răi". Pacienta nu-şi aminteşte, însă părinţii săi i-au relatat că la vârsta de aproximativ de doi sau trei ani s-a speriat de un „câine rău" care i-a apărut brusc în faţă la un colţ de stradă.

În afara acestor fenomene şi evenimente naturale, bolnava nu prezintă nici un fel de alte acuze cu semnificaţie patologică şi nici n-au urmat decompensări anxioase, obsesive, sau reacţii de altă factură după dezvoltarea conduitei contrafobice de evitare a condiţiilor fobogenice. De remarcat că tatăl pacientei prezintă o structură de personalitate psihastenică.

O altă pacientă, îndrumată la noi pentru consult psihiatric de către şeful Clinicii de Endocrinologie Iaşi, bolnava în vârstă de 49 de ani a început să prezinte după vârsta de 40 de ani, înainte de instalarea menopauzei, frică de elemente naturale. Pacienta relatează că nu poate să se deplaseze pe malul unui râu (*geţirofobie*), teamă de inundaţii când plouă (*antlopofobie*), fiind din zona muntoasă i-a apărut frica de adâncimi, de a nu cădea în prăpastie (*batofobie* sau *cremnofobie*), teama de locuri izolate, singuratice, teama de a se deplasa prin păduri (*hilofobie*), la acestea se adaugă frica de lacuri şi îndeosebi frica de mare (*talasofobie*). Precum vedem pacienta prezintă cele mai diverse fobii, pentru diverse situaţii (polifobii). Dintre toate fobiile cele mai intense şi respectiv cele care apar pe prim plan, sunt fobiile pentru apă şi îndeosebi talasofobia. „ De două ori am fost să mor de groază - relatează pacienta - prima dată când, m-au dus copii mei să văd marea şi au trebuit să plece că altfel simţeam că mor, şi a doua oară când am mers cu un vaporaş pe lacul

Bicaz şi din cauza mea a trebuit să mă aducă la mal pentrù că îmi era o frică îngrozitoare de apă".

Pantofobia (Panafobia) este o fobie difuză în care bolnavul are „teamă de tot şi de nimic" şi în care starea de nelinişte, angoasantă, difuză, flotantă nu este polarizată precis asupra unui obiect determinant şi totdeauna acelaşi ca în fobiile sistematizate, ci dimpotrivă frica este provocată şi redeşteptată fără încetare de *toate* obiectele, evenimentele, persoanele, situaţiile care devin sursă şi motiv de frică, angoasa fixându-se la întâmplare pe un obiect sau altul, întreaga ambianţă fiind încărcată şi percepută de către bolnav ca fiind periculoasă.

Aceste particularităţi au determinat pe unii autori să considere pantofobia la limita fobiilor adevărate şi ca făcând parte din tabloul clinic al psihozelor confuzionale, fiind mai frecvent întâlnită în delirium tremens, în timp ce un alt grup de psihiatri o consideră drept o „modalitate clinică sau moment evolutiv al nevrozei anxioase sau a nevrozei de angoasă". (L. Michaux) sau a nevrozei anxioase generalizate.

Se împărtăşeşte, de asemenea, opinia că frecvenţa manifestărilor pantofobice (panfobice) este considerabil mai mare decât cea întâlnită în clinicile psihiatrice şi aceasta, deoarece, cei mai mulţi dintre bolnavi reuşesc să-şi tolereze cu dificultate şi totuşi optimal fobia graţie elaborării conduitei de apărare prin evitarea sau prin instituirea mecanismelor diverse de apărare.

***Fobia socială* (DSM-III-R).**

„Elementul social al acestei tulburări este frica persistentă de una sau de mai multe situaţii (situaţiile fobice sociale) în care persoana este expusă unei posibile scrutări de către alţi şi fricile că ea poate face ceva sau acţiona într-un mod care poate fi umilitor sau jenant. Frica socială poate fi circumscrisă, de exemplu, persoana se teme de faptul că va fi incapabilă să continue să vorbească la un moment dat în public, că se va îneca în timp ce mănâncă în prezenţa altora, că este incapabilă să urineze într-o latrină publică sau că-i va tremura mâna în timp ce scrie în prezenţa altora. În alte cazuri fricile fobice sociale pot impilca cele mai diverse situaţii sociale, cum sunt fricile de a nu spune lucruri stupide sau de a nu fi capabil(ă) să răspundă la întrebări în public.

Dacă este prezentă o tulburare de pe axa III sau o altă tulburare de pe axa I, frica fobică socială este fără legătură cu aceasta, de exemplu, frica nu este aceea de a nu avea un atac de panică (ca în panică), de a nu se bâlbâi (ca în balbism), de a nu

tremura (ca în maladia Parkinson) sau de a nu prezenta un comportament alimentar anormal (ca în anorexia nervoasă sau bulimia nervoasă).

În timpul unei faze a tulburării, expunerea la stimulul (sau stimulii) fobic specific provoacă aproape un răspuns anxios imediat. Astfel, de exemplu, persoana cu fobia socială de a vorbi în public, când este forţată să vorbească, va avea aproape invariabil un răspuns anxios imediat, ca de exemplu, se simte cuprinsă de panică, transpiră, prezintă tahicardie şi dificultate în respiraţie.

O anxietate anticipatorie marcată survine dacă persoana este confruntată cu necesitatea de a intra într-o situaţie fobică socială şi astfel de situaţii sunt, de aceea, de regulă evitate. Mai rar, persoana se forţează să suporte situaţia fobică socială, dar acest fapt este experientat cu o anxietate intensă. De regulă, persoana se teme că alţii vor detecta la dânsa semne de anxietate în situaţia fobică socială. Poate fi creat un cerc vicios în care frica nemotivată generează anxietate, care deteriorează performanţa, deci creşte motivaţia de a evita situaţia fobică. Invariabil, persoana recunoaşte că frica sa este excesivă sau iraţională.

Diagnosticul de fobie socială este pus numai dacă comportamentul de evitare interferează cu activitatea profesională sau cu activităţile sociale uzuale ori cu relaţiile cu alţii, sau dacă există o suferinţă marcată în legătură cu faptul de a-i fi frică.

Elementele asociate. Panica şi fobia simplă coexistă frecvent cu fobia socială.

Etatea de debut. Tulburarea începe adesea în ultima parte a copilăriei sau la începutul adolescenţei.

Evoluţie. Tulburarea este de regulă cronică, şi poate fi exacerbată dacă anxietatea deteriorează performanţa în situaţia temută.

Deteriorare. Exceptând cazurile în care este severă, tulburarea în sine, este rar incapacitantă, deşi există de regulă o oarecare interferenţă cu activitatea profesională sau cu activităţile sociale uzuale ori cu relaţiile cu alţii. Din necesitatea de a evita situaţia fobică pot rezulta inconveniente considerabile, de exemplu, evitarea unei excursii, dacă aceasta presupune utilizarea unei latrine publice. Frica de a vorbi în public poate interfera cu avansarea profesională.

Complicaţii. Oamenii cu această tulburare sunt înclinaţi spre abuzuri episodice de alcool, barbiturice şi anxiolitice. Când

activitatea socială sau profesională este deteriorată sever, o tulburare depresivă poate fi o complicaţie.

Factori predispozanţi. Nici o informaţie.

Prevalenţă. Fobia socială cu simptome circumscrise la frica de a mânca în public, de a scrie în public, sau de a utiliza latrinele publice este relativ rară. Fobia socială implicând frica de a vorbi în public şi fobia socială implicând frica generalizată de cele mai multe situaţii sociale sunt însă comune.

Rata sexului. În eşantioanele clinice tulburarea este, după cât se pare, mai frecventă la bărbaţi decât la femei.

Pattern familial. Nici o informaţie.

Diagnostic diferenţial. Evitarea anumitor situaţii sociale care în mod normal sunt o sursă de oarecare suferinţă, care este comună la mulţi oameni cu frica "normală" de a vorbi în public, nu justifică diagnosticul de fobie socială. În **tulburarea de personalitate de tip evitant** poate exista o anxietate marcată şi evitarea celor mai multe situaţii sociale. În astfel de cazuri trebuie luate în consideraţie atât diagnosticul de fobie socială cât şi cel de personalitate de tip evitant.

În **fobia simplă** există de asemenea un stimul fobic circumscris, dar aceasta nu este o situaţie socială implicând posibilitatea de umilire sau de jenă. În **panica cu agorafobie,** persoana poate evita anumite situaţii sociale, cum sunt restaurantele, din cauza fricii de a nu avea un atac de panică în acea situaţie. Într-un astfel de caz, diagnosticul adiţional de fobie socială nu este pus. Însă, oamenii cu panică pot avea de asemenea o fobie socială fără legătură cu aceasta şi care poate fi prezentă dinainte de apariţia panicii.

Criterii de diagnostic pentru fobia socială.

A. Frica persistentă de una sau mai multe situaţii (situaţii fobice sociale), în care persoana este expusă unei posibile scrutări critice de către alţii, şi se teme că ar putea face ceva sau ar putea acţiona într-un mod care poate fi umilitor sau jenant. Exemplele includ incapacitatea de a vorbi în public, înecarea cu alimente în timp ce mănâncă în faţa altora, incapacitatea de a urina într-o latrină publică, tremorul mâinilor când scrie în prezenţa altora, şi a spune lucruri stupide sau a nu fi capabilă să răspundă la întrebări în situaţii sociale.

B. Dacă este prezentă o tulburare pe axa III sau o altă tulburare pe axa I, frică de la **A** nu are nici o legătură cu aceasta, de exemplu, frica nu este aceea de a nu avea un atac de panică (panica),

de a nu se bâlbâi (balbism), de a nu avea tremurături (maladia Parkinson), sau de a nu prezenta un comportament alimentar anormal (anorexia nervoasă sau bulimia nervoasă).

C. În timpul oricărei faze a tulburării, expunerea la stimul (stimulii) fobic specific provoacă aproape invariabil un răspuns anxios imediat.

D. Situaţia (situaţiile) fobică este evitată sau este suportată cu o anxietate intensă.

E. Comportamentul de evitare interferează cu activitatea profesională sau cu activităţile sociale uzuale, ori cu relaţiile cu ceilalţi, sau există o suferinţă marcată în legătură cu faptul de a-i fi frică.

F. Persoana recunoaşte că frica sa este excesivă sau iraţională.

G. Dacă persoana are sub 18 ani, tulburarea nu trebuie să satisfacă criteriile pentru tulburarea evitantă a copilăriei sau adolescenţei.

De specificat, de tip generalizat, dacă situaţia fobică include cele mai multe situaţii sociale, şi, de asemenea, de luat în consideraţie diag-nosticul adiţional de tulburare de personalitate de tip evitant".(DSM-III-R)

Fobiile de situaţii speciale. Ereutofobia este exemplul tipic de fobie de situaţii speciale deşi, ea este exclusă de unii autori din rândul fobiilor şi inclusă în cadrul obsesiilor. Ereutofobia pe care o vom expune detaliat în cadrul nevrozei obsesiv-compulsive care se deosebeşte de *eritrofobie* care desemnează practic teama de culoarea roşie. Ereutofobia a fost semnalată de Casper în 1848, descrisă de Pitres şi Regis (1897) şi de către Bechterev (1897). Trebuie insistat asupra diferitelor aspecte ale acestei fobii de situaţii sociale, cea mai frecventă dintre fobii, după statisticile japoneze, rezultând din *„percepţia unei situaţii morale* şi mai ales *a unei situaţii sociale*" (P. Janet), cunoscându-se că persoana care roşeşte nu este dominată de frica de a roşi atunci când este singur, ci de frica de a roşi atunci când se află în societate, de inevitabila angoasă în raport cu anturajul în care pacientul se află. *Denumirea de ereutofobie trebuie reţinută pentru fobia de a roşi în public, în timp ce eritrofobia urmând să desemneze teama de culoarea roşie.* În cazul bolnavului ereutofobic, chiar „ideea de a roşi" îi poate îmbujora faţa, ceea ce nu se întâmplă în fobiile de impulsiune sau în alte fobii.

Casper în *„Tratatul practic de medicină legală"* expune cazul unui student la medicină „ atins de ideea fixă că el roşeşte

totdeauna şi că pe stradă toată lumea râde văzându-i infirmitatea sa. El venea să mă vadă adesea şi remarca că boala sa se agravează; atunci prevăzând câteva nenorociri, l-am sfătuit să-şi pudreze faţa în roşu de aşa fel încât nimeni să nu observe pretinsa sa infirmitate; el a primit acest sfat bucuros şi l-a pus în practică. O perioadă de timp el s-a simţit uşurat, dar într-o zi veni în goană la mine şi a strigat: „Aceia s-a dus". Ideea fixă a reluat cursul, sărmanul îşi imagina că culoarea obrajilor se vedea sub culoarea cu care se acoperise. Începând cu acest moment, bolnavul mergea cu paşi mari şi acest nefericit bărbat, neputând rezista tulburărilor sale, s-a sinucis".

De ereutofobie s-au preocupat în mod special în perioada ulterioară Pitres şi Régis şi deasemenea Behterev (1897) care a expus cazuri de bărbaţi între douăzeci şi treizeci ani. Din studiile acestor autori, ereditatea domină etiologia acestor fobii, ***ereditatea similară*** nefiind rară în cazurile publicate. În cazurile lui Pitres şi Régis cel mai frecvent a fost întâlnită ca factor ereditar „neurastenia constituţională".

În cazul fobiilor pentru obiecte, elemente, fiinţe, situaţii fizice, bolnavul avea nevoie, aşa cum observa P. Janet, de prezenţa, de sprijinul securizant al persoanelor din anturajul apropiat sau al altor persoane. Contrar fobiilor determinate de situaţiile fizice, ereutofobicul va evita cât mai mult contactele şi situaţiile sociale, bolnavul nu mai îndrăzneşte, din timiditate şi frică, să apară în public sau să iasă pe stradă. Cum însă, necesităţile vieţii sociale cotidiene nu permit nimănui izolarea, ci îl obligă la comunicarea interumană, atunci bolnavul va inventa diverse stratageme pentru a-şi masca infirmitatea cu aparţiile sale intempesive. Ereutofobia, cu frica sa de contactele sociale, apare ca o frică obsedantă, (iar cazurile studiate aparţineau în peste 50% cazuri aparţineau nevrozei obsesive) insurmontabilă şi care se acompaniază de o intensă angoasă. Boala este particulară tinerilor, iar ereditatea similară a fost frecvent invocată. Criza apare în mod brusc, angoasa este însoţită de opresiune toracică, palpitaţii, jenă epigastrică, bufee de căldură (pacientul simte că-i ard obrajii, faţa, urechile, capul), apare senzaţia de slăbiciune în gambe, evită pe stradă persoanele, merge prin locuri dosite, evită lumea spre a nu se vedea faţa pe care o simte şi o crede imensă, congestionată, dacă intră într-un magazin, sau se află în faţa unei adunări, face eforturi de a se menţine pe loc de frică să nu se observe că s-a înroşit deşi în realitate ereutofobicul poate să nu prezinte o modificare a culorii faciale. La restaurant se va adânci în băutură până la decompensări pseudodipsomanice sau se va ocupa

de exemplu în lectura unui ziar ridicat în faţă pentru a nu i se vedea faciesul; pe stradă se va ascunde sub umbrela de soare sau de ploaie sau sub borurile largi ale pălăriei. El va ieşi de preferinţă seara, la căderea nopţii, sau dimpotrivă, în zilele foarte însorite, pentru ca faţa sa roşie, îmbujorată intens să nu aibă nimic care să atragă atenţia trecătorilor, crezând că soarele este responsabil de această culoare. Dacă este luat prin surprindere, îşi va acoperi faţa cu batista, îşi va şterge nasul, sau va face gestul că-şi şterge transpiraţia. Într-o încăpere, se va preface că a scăpat ceva pe jos, sub o mobilă, sau va merge să privească pe fereastră pentru a disimula roşeaţa care apare pe faţă... Această teamă permanentă, această incertitudine de fiecare clipă, de momentul ce va urma se repercută asupra caracterului său, îl întunecă, îl posomorăşte, îl irită sau îl face depresiv. „Viaţa ereutofobicului este un veritabil calvar: la fiecare pas îşi doreşte să termine cu această existenţă insuportabilă şi merge până la a blestema fiinţa care l-a adus pe lume". (Claparéde)

În acest grup se pot încadra fobiile de căsătorie, fobiile de anumite situaţii speciale (fobiile de a mânca, sau de a vorbi în public, fobia de examene etc., fobia de meseria de profesor, de medic etc.), ca şi frica de a roşi faţă de unele persoane cu funcţii sociale. Toate aceste fobii sunt determinate de percepţia unei situaţii sociale investite cu potenţial moral sau de priculozitate sau generatoare de sentimente de angoasă sau anxietate pe care aceste situaţii, le implică inevitabil.

Pe de altă parte justificarea apropierii fobiilor acţionale de paraliziile psihogene de tip isteric sunt susţinute în primul rând prin aceea că toate fobiile, aşa cum se sublinia mai sus, indiferent de forma lor concretă de manifestare pot fi corelate satisfăcător cu fobiile de acţiune. Pentru grupul fobiilor privind funcţiile organice ca de exemplu fobia mersului, sau fobia înghiţitului (sitiofobia) etc., această apropiere apare mai evidentă. Pentru alte tipuri de fobii este necesară pentru fiecare caz în parte o analiză mai detaliată şi atentă cu evidenţierea pe plan secundar a fobiei de acţiune. În ce priveşte ereutoza simplă , manifestare banală, dar normală pentru adolescenţi, tulburarea nu este dată de înroşirea propriu-zisă a feţei determinată prin simplă timiditate, ci de înroşirea patologică facială ce apare când bolnavul se află în public. Mai mult încă, situaţia în sine nu reprezintă nimic neliniştitor pentru ereutofobic, el fiind perfect calm dacă prin mecanismele de apărare pe care le dezvoltă nu este şi nu se face remarcat. Ceea ce-l înspăimântă şi-i perturbă angoasant reactivitatea comportamentală, este faptul că însuşi bolnavul trebuie

să se manifeste activ într-o astfel de situaţie socială în care trebuie să-şi dezvolte şi să menţină un anumit rol, să comunice, să realizeze relaţii interpersonale şi îndeosebi relaţii preferenţiale cu puternica lor componentă perceptivă şi încărcătură afectivă. În această situaţie, suntem prezenţi în realitate, în faţa unui caz de fobie de acţiune în condiţii sociale determinate, cu mai mare încărcătură fobică.

Analiza pare mai dificilă pentru fobiile de obiecte, colorate în roşu (*eritrofobia*) unde, în realitate, aşa cum sublinia P. Janet, tulburarea afectivă de tip angoasă pare a fi generată nu de o simplă percepere ca atare a unui obiect roşu sau murdar. Eritrofobiile nu sunt selectate la întâmplare, deoarece în ultimă analiză, acestea sunt fobii de acţiune şi legate de obiectele de culoare roşie care se corelează cu profesia eritofobicului, adică cu acele obiecte care se folosesc în mod obişnuit în realizarea activităţilor profesionale. Prin urmare, obiectul terifiant este instrumentul profesional cu care se realizează o acţiune şi pe care subiectul trebuie s-o îndeplinească în virtutea situaţiilor sale sociale. În aceste circumstanţe obiectul se constituie într-un motiv sau într-o ocazie şi în care caz, esenţial este *actul*, frica fiind de fapt, un ansamblu de fenomene subiective ideo-afective penibile, cu predominanţa tensionării proceselor vegetative şi emoţionale bazale care apar ca epifenomene ce exprimă sau disimulează alte tulbărări mai profunde, de mare variabilitate apărute prin mecanisme regresive generate de labilitatea primară, profundă de substrat ideo-afectiv. Tulburarea acţiunii apare ca invariabilă şi fundamentală totodată în aceste tipuri de fobii de conduite sociale, iar angoasa se adaugă doar ca fenomen secundar, rezultând dintr-o derivaţie descendentă, de tip regresiv spre stadiile unui psihism bazat pe o reactivitate senzorio-motorie şi perceptiv-afectivă primară care perturbă reglările simbolice superioare emergentive dinspre straturile fiziologice şi biopsihice elementare spre cele superioare. Înainte de apariţia angoasei pacientul are o stare de tensionare afectivă în legătură cu acţiunile sale în sensul că bolnavul crede, aşa cum scria P. Janet, că îi lipseşte ceva pentru a fi considerate ca sfârşite. Aceste sentimente de neîmplinire, în realitatea lor obsesive şi în esenţa lor se prezintă din punct de vedere subiectiv, în cele mai diferite moduri: ca sentiment exagerat de dificultate de a acţiona, sentiment de depersonalizare, de indecizie, de nemulţumire, de percepţie incompletă, de intimidare, de dificultate în desfăşurarea operaţiunilor intelectuale, de incapacitatea de a-şi conduce eul, aparţin psihasteniei, iar dacă toate acestea sfârşesc prin convingerea care generează ideea că nu el este cel ce acţionează, atunci este vorba de

un proces psihiatric major, deoarece acceptarea ca reală a unei influenţe xenopatice cu putere exterioară în care este convins şi crede că îi determină acţiunile şi pe care le simte străine de propria-i voinţă, nu este decât un pas de împlinit până la afirmarea psihozei discordante. De aici trăirile bizare, frica de a fi dominat, sentimentul difuz, nelămurit, anxios şi irezistibil de straniu, de dominare apersonală, ceea ce face ca acţiunile să devină tot mai dificile sau aproape imposibile prin blocaj psihomotor delirant-halucinator. Aceste trăiri pot fi uşor confundate, cu sau asimilate ideilor de referinţă particulare schizofreniei. Bolnavii care prezintă astfel de tulburări suprimă frecvent acele acte sociale care trebuiesc realizate în faţa unor persoane. Această incapacitate generată de teama de a acţiona în faţa oamenilor, această *„abulie socială"*, constituie nu esenţialul timidităţii, ci al eritrofobiei, or, acest tip de abulie profesională pare a fi mai obositoare decât alt tip de frică ridicolă, ruşinoasă sau absurdă. Atunci când începe să-şi realizeze exigenţele cerute de integrarea socio-profesională se face simţită abulia şi momentul când apar fenomenele sale secundare, agitaţia şi angoasa.

Această tulburare a acţiunii are la baza sa perturbarea coceperii finalităţii acţiunii determinată operaţional prin alterarea funcţiilor superioare simbolice de semnificare, ca şi tulburarea secvenţierii logice a circumstanţelor temporo-spaţiale de desfăşurare a actului. Rar, în asemenea fobii, apare contractarea membrelor, tulburarea de mers etc. şi devin evidente şi manifeste îndeosebi elementele de ordin psihopatologic ce împiedică împlinirea actului.

Formele clinice ale fobiilor

Formele clinice sub care se prezintă nevroza fobică, se clasifică după: **A**. varietatea fobiilor, **B**. după intensitatea lor de manifestare, **C**. după vârstă şi sex, în următoarele:

A. În funcţie de *varietatea* manifestărilor fobice sunt: **a)** *forme monosimptomatice*, caracterizate prin prezenţa unei singure fobii şi **b)** *forme plurisimptomatice*, care asociază simultan sau consecutiv diverse manifestări fobice ce pot ajunge până la realizarea de, **c)** stări paroxistice tranzitorii - *pantofobia* - care, datorită prezenţei concomitente a cenestopatiei este asociată uneori cu sentimentul de depersonalizare.

B. După *intensitatea* manifestărilor fobice, acestea sunt clasificate în: **a)** forme minore şi **b)** forme grave.

a. *Formele minore* sunt rare şi realizează tabloul clinic al unei nevroze numai atunci când apar simptomele fobice acompaniamente adesea de o criză depresivă şi cu dezvoltarea unor comportamente contrafobice bine individualizate.

Manifestările fobice minore, sunt obişnuit episodice, deşi sunt totodată, mai frecvente decât ar apare eventual la prima vedere, ele neafectând evident viaţa socială a bolnavului. Cu cât personalitatea fobică este mai bine compensată, cu atât mai puţin se poate ajunge la o veritabilă nevroză fobică.

Conduitele contrafobice, de evitare, de fugă, de asigurare prin crearea unor situaţii securizante, nu totdeauna sunt evidente având în vedere diferenţele individuale de exprimare a acestor comportamente ca şi intensitatea lor diferită. Amintim că printre formele cu expresivitate minimă a unui comportament contrafobic sunt de luat în considerare inclusiv unele conduite superstiţioase cum ar fi de exemplu: evitarea cifrei 13, atingerea unui obiect, învârtirea nasturelui dacă subiectul întâlneşte un preot, evitarea pisicilor negre, etc. Toate acestea apar ca expresie a minima a unor fobii şi care nu au în fond o expresivitate clinică manifestă.

b. *Formele grave* de nevroză fobică determinată prin perturbarea unităţii sistemului psihic, cu o restricţie marcată a adaptării prin activitate socială a bolnavului, ajungându-se uneori până la izolarea completă, cu incapacitate de a ieşi din casă, mai ales în cazul agorafobicului şi ereutofobicului.

În ce priveşte *evoluţia*, nevroza fobică, în raport de tipul fobiei, de intensitatea cu care se manifestă şi de semnificaţiile care i se conferă, prezintă diverse modalităţi evolutive. Astfel, uneori nevroza fobică are tendinţe la cronicizare, cu sau fără regresiuni şi agravări determinate de factorii externi ocazionali, printre care amintim: traumatismele fizice sau psihice, surmenajul, convalescenţa etc. Alteori, boala are un caracter episodic, paroxistic şi prin urmare, remitent trecător, sau intermitent fără a lăsa urme evidente invalidante. La bolnavii în vârstă, ateroscleroza reprezintă un factor de agravare în ce priveşte evoluţia nevrozei fobice.

Apariţia elementelor obsesive în evoluţia nevrozei fobice este totdeauna posibilă şi trecerea spre o nevroză obsesională sau obsesivofobică constituie un factor agravant în evoluţia nevrozei fobice, adăugându-se în acest caz frica anxioasă, lupta contraobsesivă, realizarea şi detenta.

Deasemenea apariţia elementelor cenestopatice, ipohondriace, nu vor trebui confundate cu nozofobia - frica de a fi bolnav de o boală gravă, cum este leucemia, cancerul, tumorile cerebrale, scleroza în plăci, SIDA, etc. - vor orienta diagnosticul spre o eventuală nevroză ipohondriacă.

În aceeaşi ordine de idei, fobia se va deosebi de pseudofobiile care apar în nevroza de angoasă, în care caz se vor constata antecedente cu atacuri de angoasă sau panică, aşteptarea şi încordarea anticipativă, aceste pseudofobii având o expresivitate particulară sub forma fricilor de întuneric, de furtună, de înălţimi etc.

C. *După sex şi vârstă*, frecvenţa nevrozei fobice pare a fi mai mare la femeile tinere, în proporţie de 2:1 faţă de bărbaţi. Unii autori vorbesc de nevroza fobică a copilului, dar se pare că fenomenele fobice la vârstele tinere şi îndeosebi la copii sunt în realitate pseudofobii.

Totuşi, la fobic se întâlnesc din copilărie încă, frica de moarte, de boală, de întuneric, care se organizează pe parcursul existenţei individului în fobii care se vor exterioriza ulterior realizând o decompensare fobică ce survine, obişnuit cu prilejul unor situaţii nefavorabile, psihotraumatizante, în cursul stărilor de surmenaj accentuat, convalescenţă după boli anergizante etc.

Tipul fobiilor este frecvent corelat cu vârsta, mediul social deţinând totodată un rol patoplastic evident în particular pentru copil. La copiii mici fobia se întâlneşte cu o frecvenţă mai crescută ca teama de întuneric, de necunoscut, de străini, etc.,în timp ce în prima copilărie apare mai ales teama de animale mari; în a doua copilărărie apare teama de animale mici, deşi atât în prima cât şi în a doua copilărie, copilul nu are în realitate reprezentarea corectă a pericolului pe care îl reprezintă aceste animale. La adolescenţi apare agorafobia, iar vârstei adulte îi sunt particulare fobiile de înălţime, ipocondriile fobice şi tanatofobia, ultima scăzând ca frecvenţă la vârsta a treia.

În literatura psihiatrică majoritatea autorilor recunosc nevrozei fobice o independenţă clinică indiscutabilă, însă faptul că fobia poate avea evoluţie obsedantă, iar obsesia îşi poate însuşi o temă fobică luând, de asemenea, în considerare şi posibilitatea apariţiei simptomelor fobice la personalităţile psihastenice, toate acestea au determinat pe unii autori să considere că, de fapt există o nevroză unică obsesivo-fobică. Remarcăm că posibilitatea obsesionalizării fobiilor şi existenţa fobiilor obsesive nu trebuie să ne conducă, se pare, la unificarea celor două tipuri de nevroză.

Personalitatea fobică

Fobiile pot constitui simple trăsături temperamental-caracteriale ale persoanelor normale care nu ajung la medicul omnipractician şi nici la o consultaţie psihiatrică, fiind mai curând etichetaţi drept persoane emotive, hipersensibile, anxioase, dar de intensitate subclinică. Alteori, fobiile se întâlnesc la o personalitate fragilă, ele manifestându-se ca o discretă tulburare a structurii interne, persoane caracterizate prin nesiguranţă, sau incertitudine, fără a realiza însă un veritabil tablou morbid. Şi într-un caz şi într-altul aceste persoane, posedă un nivel de integrare ideo-afectivă şi socială uneori de excepţie şi constituie în fond, după opinia noastră, persoane normale pe care cu greu le putem eticheta ca personalităţi asimptomatice sau de limită, deoarece, ar însemna, într-un fel sau altul, să le acordăm o etichetă psihiatrică şi respectiv psihiatrizantă. Sunt, pe de altă parte, cunoscute persoane cu fobii manifeste dar cu realizări de excepţie în domeniul creaţiei culturale, ştiinţifice, tehnice, etc.

Fobiile realizează însă şi elementul de acompaniament al unor reacţii, dezvoltări sau procese nevrotice sau se constituie ca element central al nevrozelor obsesivo-fobice. Aceste posibilităţi de manifestare ale fobiilor în cadrul unor multiple configuraţii nosologice psihiatrice au determinat pe psihologi, psihopatologi şi pe psihiatri în deosebi să aducă în discuţie problema personalităţii fobicului.

Personalitatea fobică sau ceea ce unii autori denumesc caracterul fobic, cu o frecvenţă în populaţia generală de 3-5% şi în particular la copii şi la femei, este o problemă disputată în literatura de specialitate, deoarece unii autori neagă în timp ce alţii afirmă existenţa personalităţii sau caracterului fobic. În ce priveşte mecanismele care prezidează edificarea trăsăturilor temperamental - caracteriale şi pe baza acestora structura simptomelor fobice nu s-a ajuns la un consens unanim, deoarece, personalitatea fobică s-ar exprima prin trăsături mai puţin semnificative şi respectiv evidente comparativ cu personalitatea anxioasă, obsesională sau cu personalitatea istericilor. L. Michaux consideră că *fobicul se „situează exact la mijlocul drumului între anxios şi obsedat"* (subl. ns - M. Ş.), ceea ce ar însemna că personalitatea fobică are trăsături anxioase şi în mod egal obsesive. Sub influenţa lucrărilor psihanalitice, termenul de caracter fobic cu determinism pulsional sexual a fost extins la perioadele şi modalităţile iniţiale infantilo-

juvenile ale organizării personalităţii, perioadă în care prevalenţa reactivităţii fobice se observă în proporţie de 5-12%, reactivitate mai mult psihofiziologică normală decât simptomatică. Individul care prezintă trăsăturile de caracter fobic, conştient de caracterul iraţional al trăirilor sale inadecvate, evită situaţiile, obiectele şi activităţile cu efect insignifiant, banal pentru adaptarea sa, ferindu-se astfel de o angajare marcată a afectivităţii. Totuşi, aceşti subiecţi sunt persoane calde, afective, prietenoase, hipersensibile şi care cultivă relaţiile interpersonale cu grijă, evitând cu prudenţă şi îngrijorare noul, însă în ceea ce întreprind se dăruiesc total, cu sinceritate, mai mult din afectivitate decât din calcul.

Ca personalităţi hipersensibile fobicii se apropie de persoanele hiperemotive, iar prin teama de noutăţi şi de situaţii noi se apropie de personalităţile obsesive. În acelaşi timp, fobicul are o mare sensibilitate senzorială ca şi o sensibilitate flotantă, difuză şi nebuloasă faţă de obiectele, situaţiile, evenimentele, circumstanţele lumii înconjurătoare, la care se expun prudent sau pe care le ocolesc spontan. Fobicul este disciplinat şi la nevoie rece, îndrăzneţ, ferm şi sigur de sine aparent, dar suportă greu funcţiile sociale şi se identifică cu acestea cu dificultate, dar mai ales cu efort. Hiperemotiv şi hiperafectiv, fobicul iubeşte cu sinceritate pe cei din jurul său, iubeşte umorul cu prudenţă, cultivă relaţiile interpersonale, ceea ce face ca mediul social să-l considere cu valenţe contradictorii, apropiat şi îndepărtat, securizant şi generator de pericole, de frică, nelinişte şi angoasă.

Fobia şi respectiv personalitatea fobică se situează pe placa turnantă ce realizează metabolizările, metamorfozele emoţionale angoasante spre temele intelectualizate ale anxietăţilor obsesive, fapt care ar explica cel puţin în parte diferenţierea polară dintre fobiile nesistematizate şi cele sistematizate ca şi existenţa cuplului obsesivo-fobic prin obsesionalizarea fobiilor, flotările emoţiilor între nelinişte, angoasă şi anxietate, între anxietate şi ipohondrie sau realizează fobia ce se poate transforma în sursă şi temă delirantă autoacuzatoare în melancolie, temă disociată în schizofrenie, cu organizare sistematizată în psihozele delirante sistematizate de tip parafrenic sau în psihosindroamele organice cu asocieri afazo-apraxo-agnozice.

Personalităţile fobice, uneori persoane celebre cu performanţe intelective şi de integrare valorică noologică socio-profesională excepţionale, pot fi grevate de o singură fobie care să dureze toată viaţa şi să fie ţinută în surdină fără efort şi fără

exacerbări manifeste. Este aici o trăsătură de tip temperamental, constituţională în esenţa sa, şi care poate fi întâlnită la foarte numeroase persoane normale, dar şi în cazul unor alte forme clinice de nevroze sau tulburări psihice, fără a se constitui totuşi într-un simptom dominant care să ne atragă atenţia şi să determine la precizarea unui diagnostic de nevroză fobică. La personalitatea fobică însă organizarea anxioasă depăşeşte limitele fiziologicului, nu mai are caracterul unor tensionări eupsihice, ci îşi însuşesc un caracter morbid cu semnificaţie patologică şi comportament de tip deviant.

Persoanele fobice constituţionale sau idiosincrazice (E. Régis) nu-şi dau seama de caracterul morbid al atitudinii lor comportamentale de evitare contrafobică temperamental sau secundar eleborate şi le prezintă drept stratageme sau atitudini conştient organizate, deşi fobicul nu elaborează argumentări şi concepte de la început, ci este invadat de teamă, uneori paralizantă. De aceea, în realitate, aceste atitudini nu reprezintă decât motivări ulterioare ale comportamentului de uitare şi cunoaştere a naturii exacte a situaţiilor faţă de care suferă dar nu se mobilizează pentru a lupta.

Widlöcher prezintă astfel diferenţa dintre personalitatea nevroticului organizat fobic şi personalitatea fobică: „dacă nevrozatul zice "îmi este teamă de a ieşi", "mi-e teamă de a mă găsi într-o anumită situaţie", temperamentul fobic asimptomatic se relevă prin formulele unei aşteptări anxioase, de suferinţă vagă, nesigură, difuză, latentă exprimate prin expresii de genul: „eu nu am poftă să ies", "eu nu iubesc societatea", "eu sunt în mod deosebit timid faţă de ..." etc. manifestare comportamentală cu exacerbări paroxistice în situaţii ce dinamitează din interior sistemul psihic favorizând explozia anxioasă.

Uneori aceste personalităţi, îndeosebi cele cu manifestări subclinice lasă circumstanţelor şi hazardului grija de a decide pentru ei, reacţiile emoţionale consumându-se fără manifestări exterioare violente. Trăsăturile constante ale acestor personalităţi sunt fie siguranţa de sine şi îndrăzneală prudentă sau timiditatea, modestia, absenţa interesului care mai curând apare ca o sfidare în faţa fricii şi lipsa de energie ce apare mai ales după repetate paroxisme anxioase.

S-a observat că timiditatea are în subsolurile sale o teamă difuză ştearsă, vagă şi este aproape întodeauna legată de trăsăturile temperamentale ale unei personalităţi fobice ansimptomatice. După L. Michaux, „timiditatea este o frică care cheamă prezenţa fiinţelor

omeneşti şi se caracterizează prin teama de dezaprobarea ei. Timidul acordă o importanţă extremă părerii altuia. Timiditatea este un omagiu al aprobării altor oameni". Totuşi, timidul obişnuit, deşi trăieşte disconfortul afectiv difuz şi vag, intelectualizarea acestei stări se realizează în final pe planul conştiinţei, pe palierele cele mai variate, semnificant şi semnificativ.

Se consideră că formele majore ale timidităţii realizează, în funcţie de intensitatea lor, veritabile simptome fobice manifeste ca de exemplu: demofobia, teama de a vorbi în public. *Tracul*, ca formă de „timiditate specializată" ce blochează reactivitatea intelectivă are şi el un caracter sau cel puţin trăsături fobice, manifestându-se printr-o teamă de intensitate variabilă în legătură cu tentativele profesionale pe care le poate perturba uneori profund.

Personalitatea fobicului structurată, ca rezultat al unei dezvoltări sau al unui proces nevrotic sau nevrotiform apare deci, dominată de elementele fobice, de frica emergentă din tendinţele şi cerinţele instinctuale interne şi are în structura şi structurările sale trăsături fragile temperamental-caracteriale particularităţi înăscute sau dobândite psihogenetic ori prin acţiunea unor factori negativi exogeni, fragilităţi iniţiale deficitare psihice sau neuro-vegetative care permit diferenţierea sa de personalitatea obsesivului, istericului, psihastenicului etc. Trăsătura cea mai caracteristică a bolnavului fobic este tendinţa nebuloasă, obscură, indefinită, inconştientă de evitare alarmantă până la panică a obiectelor, elementelor, fiinţelor, situaţiilor, fenomenelor, actelor etc. şi care reprezintă pentru el o sursă de nelinişte şi de reactivitate angoasantă şi deşi ştie că situaţia, obiectul, acţiunea fobogenă nu au nimic periculos prin ele însele, nu poate instaura convingerea imposibilului imprevizibil. Fobicul dominat de „frica de a avea frică" (fobo-fobia) fuge, evitând obiectele şi situaţiile fabogene care-i declanşează crizele de anxietate, diverse ca intensitate dar centrate dominat pe un obiect, cu sentimentul de incapacitate din care decurge însăşi limitarea activităţii sale socio-profesionale determinând totodată limitarea libertăţii conţinutului şi îngustarea câmpului de acţiune iar pe plan operaţional ideo-afectiv apar blocajele paralizante ce duc la izolare, la apragmatisme şi accese uneori extensive care invadează şi blochează personalitatea. Alteori, evitarea acestor situaţii, atunci când fobia este de mai mică intensitate cu toate semnificaţiile simbolice profunde satisfăcător organizate, nu se ajunge totdeauna şi obligatoriu la limitarea activităţilor, însă fobicul se găseşte într-o stare permanentă de aşteptare încordată, de alertă în întâmpinarea

unor situaţii anxiogene imprevizibile pe care le conştientizează dar nu le poate explica în mod raţional. Această încordare fobică, de întâlnire anxioasă este alimentată din structurile psihice profunde de natură biopsihică, încordare care în mod direct sau indirect determină dominant, la îngustarea câmpului conştiinţei, perturbă echilibrarea armonioasă şi optimală a interrelaţiilor funcţionale intrapsihice şi interpsihice cu repercusiuni negative asupra comportamentului ideo-afectiv, uneori şi acţional în raport cu mediul exterior natural şi social iar faţă de situaţiile fobogene dezvoltând comportamente prin care se străduieşte să domine printr-o înfruntare plină de subterfugii, frica, uzând abundent şi inconştient de mecanismele de apărare psihologică îndreptate asupra obiectelor şi situaţiilor fobogene, rezultând ca beneficiu o protecţie subiectivă, securizantă împotriva angoasei care-i bruiază, perturbându-l până la paralizare. Fobicul care-şi justifică pentru a se legitima faţă de sine conduitele fobice este în acelaşi timp subminat de suferinţa tulburătoare asupra incapacităţii de a se apăra prin luptă de conduitele sale de fugă.

Fobicul este un hiperemotiv cu crize anxioase şi un hiperafectiv cu seismică hiperestezică, cu o imaginaţie bogată, fobia în sine având elemente cel mai puţin intelectualizate, alimentată din resursele arhi- şi paleopsihice care se consumă în interiorul său care-i apare simplu şi limpede, dar proiectând în exterior trauma sa angoasantă ale cărui prizonier este, dar ale cărei origini imaginare le neagă.

Temperamentul emotiv este cel clasic în sensul descris de Dupré care-şi găseşte expresie fie în sensul unei anxietăţi difuze ce impregnează şi bulversează structurile afective iniţiale ca şi cele neogenetice în cazul panfobiei sau a monofobiei fixată selectiv prin centrarea angoasei asupra unui singur obiect, persoană, act etc. Eretismul difuz al sensibilităţii în corelaţie cu insuficienţa inhibitor-frenatorie motrice voluntară conferă reactivităţii emoţionale a fobicilor o tensionare afectivă de o intensitate, durată şi semnificaţie primară, exagerată până la panică, hiperemotivitate bazală în general, de natură predominant constituţională, dar care poate surveni în egală măsură prin parabiotizarea substratului morfo-funcţional dinamic cerebral după grave traumatisme fizice sau psihice, sau după stări de epuizare şi surmenaj.

Psihiatria clasică explică mecanismele fundamentale ale simptomatologiei de tip fobic prin prezenţa unei fragilizări, sau vulnerabilităţi şi respectiv a unui dezechilibru, primar sau dobândit, al substratului morfofuncţional dinamic cerebral cu reflectare

disfuncţională psiho-neuro-endocrino-vegetativă, şi umoral-metabolică prin care şi în care sunt generate şi păstrate funcţiile fundamentale ale conştiinţei de sine.

I. P. Pavlov explică hiperemotivitatea printr-o hiperexcitabilitate generală a sistemului nervos central cu implicări disfuncţionale cortico-subcorticale şi o identifică cu anumite tipuri de reacţie ale tipului de temperament tare neechilibrat.

După Eysenck, procesul fobic s-ar explica prin intervenţia unor mecanisme deficitare de condiţionare, fixare, generalizare interiorizantă şi printr-o disproporţionată senzitivitate faţă de stimulii, eventual de intensitate, durată şi semnificaţie obişnuită, dar care reprezintă factorul declanşator al reactivităţii dominante fobice difuze sau sistematizate, autorul considerând totodată că răspunsurile emoţionale dezadaptive ale sistemului vegetativ şi muscular ale fobicului apar pe un fond distimic, predominat introvertit de natură constituţională ce se intrică indisociabil cu trăsături de „neuroticism" exprimat prin tendinţa constituţională a sistemului neuro-endocrino-vegetativ de a reacţiona puternic şi a reverbera prelungit şi difuz în întreaga personalitate exprimându-se printr-un comportament subiectiv şi abnorm ca integrare socio-profesională.

Psihanaliştii pleacă de la simptom pentru a explica caracterul fobic, în timp ce psihiatrii care susţin teoria tulburării primare a emotivităţii în geneza fobiilor, explică mai întâi pe această bază, particularităţile caracterial-temperamentale, fobia-simptom constituind doar o trăsătură particulară a acestui tip de structurare primară a personalităţii.

Se consideră, de asemenea, că fobicul utilizează în toate situaţiile generatoare de angoasă şi anxietate bazală un mecanism de fugă, de evitare, de inhibiţie sau de apărare. Atunci când anxietatea sau angoasa se referă la relaţiile afective cu anturajul, se vorbeşte de fobie nesistematizată ca trăsătură de caracter, iar aceste stări afective amintesc mai curând de nevroza anxioasă sau de nevroza de angoasă. Când reacţia de fugă şi conduita de evitare duc la un obiect care nu inspiră teamă decât pe plan simbolic, este vorba de o fobie-simptom, realizându-se astfel nevroza fobică în care teama este fundamental opusă tensionării afective particulară nevrozei obsesive.

În ceea ce priveşte gândirea fobicului, aceasta este o „luptă" contra expansivităţii imaginative de a nu avea o impulsiune. De aceea „Pentru fobic obiectele lumii reale pe care le evocă în gândire trebuie să fie strict ceea ce sunt şi să nu evoce nimic altceva" (J. Mallet).

Fobicul pare că se distinge de obsedat, atât din punct de vedere simptomatologic şi patogenic, cât şi din punct de vedere al fundalului său temperamental-caracterial.

Obsedatul este un chinuit afectiv, egofob, care-şi intelectualizează anxios trăirile dominante ideo-afective, fobicul este dominat de o hipersensibilitate afectivă excepţională, cu teamă faţă de nou şi oroare de ceea ce este neclar, deşi este dificil să delimităm cu precizie ce este fobic în obsesie şi obsesiv în fobie.

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2820
Biblioteca Personală

ANEXA I - ICD-10-OMS
Tulburarea anxioasă fobică

„Un grup de tulburări în care anxietatea este evocată numai, sau predominant, de unele situaţii sau obiecte (externe subiectului) bine definite, care nu sunt periculoase în mod direct. Ca rezultat, aceste situaţii sau obiecte sunt, caracteristic, evitate sau îndurate cu teamă. Anxietatea fobică e nediferenţiabilă - subiectiv, fiziologic şi comportamental - de alte tipuri de anxietate şi poate varia în severitate de la uşoară stânjeneală la teroare. Preocuparea subiectului se poate focaliza pe simptome individuale ca palpitaţii sau senzaţia de leşin şi este asociată adesea cu temeri secundare de moarte, pierderea controlului sau de a înnebuni. Anxietatea nu dispare la cunoaşterea faptului că alţi oameni nu privesc situaţia în chestiune drept periculoasă sau ameninţătoare. Numai contemplarea unei intrări într-o situaţie fobică generează de obicei anxietatea anticipatorie.

Adoptarea criteriului că obiectul sau situaţia fobică este externă subiectului implică că multe frici legate de prezenţa bolii (nosofobia) sau a desfigurării (dismorfofobia) sunt acum clasificate la tulburarea ipocondriacă. Totuşi, dacă teama de boală ia naştere predominant şi repetat după expunerea la infecţie sau contaminare sau e doar o simplă teamă de procedurile medicale (injecţii, operaţii etc.) sau locuri medicale (cabinete dentare, de chirurgie maxilo-facială, spitale etc.), atunci o categorie de aici va fi potrivită (de obicei la fobie specifică).

Anxietatea fobică coexistă adesea cu depresia. O anxietate fobică preexistentă se înrăutăţeşte aproape invariabil în timpul unui episod depresiv intercurent. Unele episoade depresive sunt acompaniate de anxietate fobică temporară şi o dispoziţie depresivă adesea acompaniază unele fobii, în special agorafobia. Dacă sunt necesare două diagnostice, anxietatea fobică şi episodul depresiv, sau numai unul din ele, acest lucru e determinat de faptul dacă o tulburare se dezvoltă în timpul diagnosticului. Dacă criteriile pentru tulburarea depresivă au fost întâlnite înainte să apară simptomele fobice, atunci cea dintâi va dobândi precedenţă în diagnostic.

Majoritatea tulburărilor fobice, altele decât fobiile sociale sunt mai comune la femei.

În această clasificare, un atac de panică ce apare într-o situaţie fobică stabilită, este privită ca o expresie a severităţii fobiei, care va primi precedenţă diagnostică. O tulburare de panică ca

aceasta va fi diagnosticată numai în absența oricărei dintre fobiile amintite.

Agorafobia

Termenul de „agorafobie" este utilizat aici cu un sens mai larg decât acela avut originar, când el a fost introdus și care mai este încă utilizat în unele țări. Acum se consideră că se includ frici nu numai de spații deschise, dar și, deasemenea, de aspecte corelate cum ar fi prezența mulțimilor și dificultatea unei imediate ușoare „evadări" înapoi într-un loc sigur (de obicei casa). Din acest motiv termenul se referă la un „cluster" (adunătură) de fobii intercorelate și adesea suprapuse, ce cuprind frici de a părăsi casa, de a intra în magazine, de mulțimi și locuri publice, sau de a călători singur în trenuri, autobuze sau avioane. Deși severitatea anxietății și extensiunea comportamentului de evitare ete variabil, aceasta este cea mai incapacitantă dintre tuolburările fobice și unii subiecți devin complet obligați să rămână acasă. Mulți pacienți sunt terifiați de gândul că vor cădea și vor fi fără ajutor în public. Absența unei ieșiri accesibile imediat este una din trăsăturile cheie a multor astfel de situații agorafobice. Majoritatea subiecților sunt femei și debutul e de obicei devreme în viața adultă. Simptomele depresive și obsesionale și fobiile sociale pot deasemenea să fie prezente dar nu domină tabloul clinic. În absența unui tratament eficient agorafobia devine adesea cronică deși, de obicei, e fluctuentă.

Ghidaj diagnostic

Toate cele ce urmează vor fi întrunite pentru un diagnostic ca cert:

I. simptomele, psihologice sau vegetative, trebuie să fie manifestări primare ale anxietății;

II. anxietatea trebuie limitată la (sau apare mai ales în) cel puțin două din următoarele situații: mulțimi, locuri publice, plimbare în afara casei și călătoria solitară;

III. evitarea situației fobice este, sau a fost, o trăsătură proeminentă.

Prezența sau absența tulburării de panică, întâlnită în majoritatea ocaziilor de întâlnire cu situația agorafobică, poate fi înregistrată prin cel de-al 5-lea caracter:

- agorafobia fără tulburări de panică
- agorafobia cu tulburări de panică

Include: - Tulburarea de panică, cu agorafobia

În diagnosticul diferenţial trebuie reamintit faptul că unii agorafobici trăiesc o anxietate redusă deoarece ei sunt constant capabili să evite situaţiile lor fobice. Prezenţa altor simptome ca: depresia, depersonalizarea, simptome obsesionale şi fobiile sociale, nu invalidează diagnosticul dacă ele nu domină tabloul clinic. Totuşi, dacă subiectul a fost deja în mod semnificativ, depresiv atunci când simptomele fobice au apărut pentru prima oară, episodul depresiv poate fi un mai adecvat diagnostic principal; acest lucru este mai comun în cazurile cu debut tardiv.

Fobiile sociale

Acestea debutează adesea în adolescenţă şi sunt conturate în jurul temei de a fi privit (examinat) de alţi oameni, în grupuri, comparativ, mici (opuse mulţimilor), ducând la evitarea situaţiilor sociale. Spre deosebire de majoritatea altor fobii, fobiile sociale sunt în egală măsură comune la bărbaţi şi la femei. Ele pot fi distincte (de exemplu: limitarea la mâncatul în public sau la vorbitul în public, ori la întâlnirile cu sexul opus) sau difuze, implicând aproape toate situaţiile sociale în afara cercului familial. O teamă de a voma în public poate fi importantă. Confruntarea directă ochi în ochi poate fi în mod particular stressantă în unele culturi. Fobiile sociale sunt de obicei asociate cu o scădere a stimei de sine şi teama de a fi criticat. Ele pot fi prezente ca o plângere privind ieşirea în public, tremurul capului, greaţa sau urgenţa de a urina, pacientul uneori fiind convins că una din aceste manifestări secundare ale anxietăţii sale este problema primară, simptomele pot porgresa spre atacuri de panică. Evitarea este adesea marcată şi în cazuri extreme poate avea ca rezultat o aproape completă izolare socială.

Ghidaj diagnostic

Toate cele ce urmează trebuie să fie întrunite pentru un diagnostic cert:

I. simptomele - psihologice, comportamentale sau vegetative - trebuie să fi manifestări primare ale anxietăţii şi nu secundare altor simptome ca delirele sau gândurile obsesionale;

II. anxietatea trebuie limitată la - sau să predomine în - situaţiile sociale particulare;

III. situaţiile fobice sunt evitate ori de câte ori este posibil.

Include:

- Antropomorfofobia
- Nevroza socială

În diagnosticul diferenţial - agorafobia şi tulburările depresive sunt adesea predominante. În cazurile severe rezultatul final de a fi „consemnat în casă" poate să se asemene cu consecinţa unei severe agorafobii; dacă distincţia este foarte dificilă atunci precedenţa trebuie dată agorafobiei. Simptomele depresive sunt comune dar un diagnostic de depresie nu va fi făcut decât dacă un simdrom depresiv complet nu poate fi clar identificat.

Fobii specifice (izolate)

Acestea sunt fobii limitate la situaţii cu înaltă specificitate, cum ar fi proximitatea unor animale particulare, înălţimi, furtună cu trăsnete, întuneric, zbor, spaţii închise, urinarea sau defecarea la toaletele publice, consumarea anumitor alimente, cabinetul stomatologic, vederea sângelui sau a leziunilor şi teama de a se expune la anumite boli. Deşi situaţia declanşată e distinctă, contactul cu ea poate provoca panica, ca în agorafobie sau fobia socială. Fobiile specifice i-au naştere de obicei în copilărie sau viaţa adultă timpurie şi, dacă ele rămân netratate, pot persista decade. Seriozitatea handicapului rezultat depinde de cât de uşor este pentru subiect să evite situaţia fobică. Teama de obiectul fobic tinde să nu fluctueze, în contrast cu agorafobia. Boala de iradiere şi infecţiile venerice sunt obiecte comune ale bolii fobice şi, mai recent, SIDA.

Ghidaj diagnostic

Toate din cele ce urmează vor fi întrunite într-un diagnostic cert:

I. simptomele - psihologice şi vegetative, trebuie să fie manifestări primare ale anxietăţii şi nu secundare altor simptome cum ar fi delirul sau gândurile obsesionale;

II. anxietatea poate fi limitată la prezenţa obiectelor sau situaţiilor fobice particulare;

III. situaţia fobică este evitată ori de câte ori este posibil.

Include:

- fobiile de animale
- claustrofobia
- acrofobia
- fobia de examene
- fobia simplă

În diagnosticul diferenţial, se constată de obicei că alte simptome psihiatrice sunt absente, în contrast cu agorafobia sau fobia socială. Fobiile de răni sângerânde diferă de celelalte prin

faptul că ele conduc la bradicardie şi uneori sincopă mai degrabă decât la tahicardie. Temeri de boli specifice cum ar fi cancerul, boala cardiacă, sau infecţiile venerice trebuie clasificate ca tulburări ipocondriace, dacă nu sunt corelate cu situaţii specifice unde boala poate fi dobândită. Dacă convingerea bolii dobândeşte o intensitate delirantă, atunci se utilizează: tulburarea delirantă. Pacienţii ce sunt convinşi că ei au o anormalitate sau o desfigurare a unei sau mai multor părţi corporale specifice (adesea faciale), şi care nu sunt în mod obiectiv observate de ceilalţi (uneori numită dismorfofobie) trebuie clasificată la tulburarea ipocondriacă sau tulburarea delirantă în funcţie de forţa şi persistenţa convingerilor lor.

Alte tulburări ale anxietăţii fobice

Tulburarea anxietăţii fobice, nespecificată

Include:

- fobia FAS
- starea fobică FAS" (CIB - 10 OMS).

ANEXA II
Tipuri de fobii

Acarofobia - teama de "mâncărime" (prurit) sau de insecte care produc mâncărime.
Aceofobia - teama de a lua medicamente.
Acerofobia - teama de acreală, de oţet, de aciditate în general.
Acluofobia - teama de negru, de întuneric.
Acusticofobia - teama de zgomot, teama de sunete, de muzică; sin: *fonofobia.*
Acvafobie - teama de apă; sin: *hidrofobia.*
Acrofobia - teama de înălţimi, de locuri înalte, de vârfuri, de balcoane.
Aerofobia - teama de vânt, de aer, de curenţi de aer; sin: *anemofobia.*
Aeroacrofobia - teama de locuri deschise şi înalte.
Aeronausifobia - teama de vomă secundară răului de înălţime.
Afefobia - teama de a fi atins; sin: *haptefobia, hafefobia.*
Afrademia - frica de bolnavi psihici.
Agliofobia - teama de durere.
Agiofobia - teama de stradă; sin: *chenofobia.*
Agirofobia - teama de străzi sau de a traversa străzile.
Agorafobia - teama de locuri deschise sau de a se afla singur în alte locuri aglomerate, publice, deschise ca de exemplu pieţele, stadioanele, spaţii largi.
Agrafobia - teama de abuz sexual.
Agrizofobia - teama de animale sălbatice.
Aihmofobia - teama de ace sau de obiecte ascuţite: cuţit, foarfece, ace etc.; sin: *oxifobie.*
Aiofobia - teama de avion; sin: *aviatofobia.*
Ailuorofobia - teama de pisici; sin: *allurofobia, galeofobia, gatofobia.*
Algamatoremofobia - teama ca statuile să nu vorbească.
Albuminurofobia - teama de boli renale, de a deveni edematos, de eliminare a albuminei prin urină.
Alectorofobia - teama de găini.
Algofobia - teama de durere, de suferinţă; sin: *odinofobia.*
Aliumfobia - teama de usturoi.
Alodoxafobia - teama de opinii.
Alurofobia - teama de pisici; sin: *ailurofobia, galeofobia, gatofobia.*
Altofobia - teama de înălţimi.
Amathofobia - teama de praf.

Amaxofobia - teama de a călători cu maşina, teama de a intra sau a fi sau călători într-un vehicol (trăsură).
Ambulofobia - teama de a merge pe jos.
Amihofobia - teama de zgârieturi sau de a fi zgâriat, apucat cu ghearele.
Amnesifobia - teama de amnezie.
Anablefobia - teama de a privi în sus.
Ancraofobia - teama de vânt; sin: *anemofobia.*
Androfobia - teama de bărbaţi.
Anemofobia - teama de vânt, de curenţi de aer, de aer; sin: *aerofobia.*
Angiofobia - teama de angină pectorală; sin: *angiofobia.*
Anginofobia - teama de angină, de sufocare sau de înăbuşire; sin: *pnigofobia.*
Ankilofobia - teama imobilităţii unei articulaţii, teama de a rămâne anchilozat.
Antrofobia - teama de flori; sin: *antofobie.*
Antropofobia - teama de oameni sau de societate; sin: *exantropofobie, exantropie.*
Antlofobia - teama de inundaţii; sin: *antlopofobia.*
Antlopofobia - sin: *antlofobia.*
Anuptafobia - teama de a sta singur; sin: *monofobia.*
Apefobia - teama de a fi atins de cineva; sin: *hapefobia.*
Apeirofobia - teama de infinit, de nelimitat, de nesfârşit, de imensitate.
Afenfosmfobia - teama de a fi atins; sin: *hafefobia.*
Apifobia - teama de albine.
Apopatofobia - teama de a defeca.
Apotemnofobia - teama de persoane cu amputaţii.
Arahibutirofobia - teama ca untul de alune să nu rămână lipit de cerul gurii.
Arahnefobia - teama de păianjeni.
Aritmofobia - teama de numere, teama numărării cifrelor.
Arenofobia - teama de bărbaţi.
Arsonfobia - teama de foc.
Astenofobia - teama de leşin, de slăbiciune, teama de oboseală.
Astrafobia - teama de tunet sau fulger; sin: *astrapefobia.*
Astrofobia - teama de stele.
Ataxofobia - teama de dezordine; sin: *ataxifobia.*
Atelofobia - teama de imperfecţiune.
Atefobia - teama de ruine, de ziduri.

Atichifobia - teama de eşec.
Autagnoziofobia - teama de a se recunoaşte pe sine (sin: *acatanezia*); imposibilitatea de a se înţelege.
Aulofobia - teama de flaut, teama de instrumente de suflat.
Aurofobia - teama de aur.
Aurorafobia - teama de luminile nordice (aurora boreală), teama de zorii zilei.
Autodisomofobia - teama de cineva care prezintă miros urât, teama de mirosuri neplăcute generate de propria persoană.
Automisofobia - teama de a fi murdar, teama de a se murdări, de necurăţenie.
Autofobia - teama de a fi singur; sin: *monofobia, eremiofobia.*
Aviatofobia - teama de zbor cu avionul; sin: *aiofobia.*

Bacilofobia - teama de microbi şi de microorganisme.
Bacteriofobia - teama de bacterii.
Balistofobia - teama de gloanţe, de proiectile, de arme de foc în general.
Barofobia - teama de gravitaţie.
Bazifobia - sin: *bazofobia.*
Bazofobia - incapacitatea de a sta în picioare, de a cădea în timpul mersului. Teama de a merge singur sau teama de a nu cădea în timpul mersului; sin: *bazifobia.*
Bazistazofobia - teama de a sta în picioare, teama de a merge.
Batofobia - teama de adâncime, prăpăstii, teama de a nu cădea un obiect de la înălţime, teama de abisuri; v. *acrofobia.*
Batonofobia - teama de plante.
Batofobia - teama de înălţimi sau de a fi închis în clădiri înalte, de a nu cădea un obiect de la înălţime.
Batracofobia - teama de amfibieni (broaşte, salamandre etc.).
Belonefobia - teama de ace cu gămălie sau de ace; sin: *aicmofobia.*
Bibliofobia - teama de cărţi, de volume, de albume.
Blenofobia - teama de noroi.
Bromidrosifobia - teama de corpuri mirositoare, teama de a nu răspândi prin transpiraţie mirosuri dezagreabile; sin: *bromidrofobia.*
Brontofobia - teama de furtuni, de trăsnete, de tunete.
Bufonofobia - teama de broaşte râioase.

Cacofobia - teama de urâţenie.
Cacorafobia - teama de eşec, de insucces, de nereuşită; sin: *cacorafiofobia.*
Cainofobia - teama de noutate, de schimbare, de înoire; sin: *caintofobia, noofobia, neofobia.*
Caliginefobia - teama de femei frumoase.
Cancerofobia - teama de cancer; sin: *oncofobia.*
Carcinomatofobia - teama de a nu fi atins de un carcinom.
Cardiofobia - teama de bolile de inimă.
Carnofobia - teama de regimul bazat pe carne; sin: *sarcofobia.*
Castrofobia - teama de a fi castrat.
Catagelofobia - teama de a fi ridiculizat, de a nu se face de râs.
Catapedafobia - teama de a sări din locuri înalte sau joase.
Catisofobia - teama de a şedea, de a nu se putea aşeza.
Catoptrofobia - teama de oglinzi, de a se vedea (privi) într-o oglindă; sin: *eizoptrofobie, spectrofobie.*
Caumofobia - teama de a arde.
Cenofobia - teama de camere sau spaţii goale; sin: *centofobia, chenofobia.*
Ceraunofobia - teama de tunet, de fulgere, de trăsnete.
Cesiofobia - teama de a rămâne însărcinată.
Cetofobia - teama de păr.
Ceimafobia - teama de frig; sin: *ceimatofobia, criofobia.*
Cemofobia - teama de chimicale sau de a lucra cu chimicale.
Cerofobia - teama de veselie, de a se amesteca în locuri unde este veselie.
Cheimofobia - teama de furtună.
Chinofobia - teama de câini, de turbare; sin: *cinofobia.*
Chipridiofobia - teama de raporturi sexuale, de boli venerice.
Chenofobia - teama de spaţii goale, de vid; sin: *agiofobie.*
Cheirofobia - teama de a scrie; sin: *grafofobie.*
Cherofobia - teama (aversiunea) faţă de glume, veselie, amuzament; sin: *ceraunofobia, cheraunofobia, cerofobia.*
Cheronofobia - teama de obscenităţi.
Chionofobia - teama de zăpadă, de fulgi; sin: *cionofobia.*
Chipriodofobia - teama de a nu fi contaminat de o boală venerică.
Cipriodofobia - teama de raporturi sexuale.
Ciberfobia - teama de computere, de a lucra cu computerul.
Ciclofobia - teama de biciclete.
Cimofobia - teama de valuri.
Cinofobia - teama de câini; sin: *chinofobia.*

Cipridiofobia - teama de prostituate, de boli venerice, de a fi obligat la raporturi sexuale; sin: *ciprifobia, ciprianofobia, ciprinofobia.*

Ciraptofobia - teama de a fi atins.

Corofobia - teama de a dansa.

Crometofobia - teama de bani; sin: *crematofobia.*

Cromofobia - teama de a vedea sau purta anumite culori; sin: *cromatofobia.*

Cronofobia - teama de timp.

Cronometrofobia - teama de ceasuri.

Cibofobia - teama de hrană, refuzul hranei; sin: *sitiofobia, sitofobia.*

Citofobia - sin: *fiziofobia.*

Claustrofobia - teama de spaţii limitate.

Cleitrofobia - teama de a fi închis într-un spaţiu limitat; sin: *cleisiofobia.*

Cleisiofobia - sin: *cleitrofobia.*

Cleptofobia - teama de a fura sau de a deveni hoţ.

Climacofobia - teama de scări, de a urca sau a coborâ scări, trepte, schele.

Clinofobia - teama de a merge în pat, teama de pante.

Clitrofobia - sin: *claustrofobia.*

Clitrofobia - teama de a fi închis într-un spaţiu limitat, de ferestre închise, de aer închis; sin: *cleitrofobia.*

Cnidofobia - teama de sfori.

Cocatenofobia - teama de a nu scăpa gaze în public; sin: *petofobia.*

Cometofobia - teama de comete.

Coimetrofobia - teama de cimitire.

Coitofobia - teama de coitus, teama de actul sexual.

Contrafobia - plăcerea de a trăi frica; comportament de evitare a obiectului fobogen.

Contreltofobia - teama de abuz sexual.

Copofobia - teama de oboseală.

Coprostasofobia - teama de constipaţie.

Coprofobia - teama de excreţia de fecale, dezgust faţă de excremente; sin: *scatofobia.*

Coulrofobia - teama de clovni.

Contrafobia - preferinţa fobicului pentru situaţii temătoare.

Crematofobia - teama de bani.

Cremnofobia - teama de prăpăstii, de a se înclina pe marginea prăpăstiilor.

Cribofobia - dezgust, scârbă, repulsie extreme de alimente; sin: *cibofobia, sitofobia, sitiofobia.*
Cristalofobia - teama de a vedea sticla sau de a atinge obiecte de sticlă.
Criofobia - teama de ger, gheaţă sau chiciură.
Cristalofobia - teama de cristale de sticlă, de cioburi.
Cromatofobia - teama de anumite culori.
Cronofobia - teama de trecerea timpului.

Decidofobia - teama de a lua decizii.
Defecalgesiofobia - teama de mişcări intestinale dureroase, teama de a defeca.
Deipnofobia - teama de a lua prânzul şi de conversaţiile de la masă.
Dementofobia - teama de nebunie.
Demonofobia - teama de demoni, de diavoli, de spirite rele, de stafii; sin: *demonofobie, satanofobie.*
Demofobia - teama de mulţimi; sin: *oclofobie.*
Dendrofobia - teama de copaci.
Dentofobia - teama de dentist.
Dermatofobia - teama de leziuni cutanate.
Dermatosiofobia - teama de starea pielii şi de boli cutanate; sin: *dermatofobia* sau *dermatopatofobia.*
Dextrofobia - teama de tot ce se află situat în partea dreaptă a corpului.
Diabetofobia - teama de diabet.
Didaskaleinofobia - teama de a merge la şcoală.
Dikefobia - teama de justiţie.
Dikofobia - teama de a se afla într-o casă.
Dinofobia - teama de ameţeli, vertije; sin: *vertigofobia.*
Diplofobia - teama de viziune dublă.
Dipsofobia - teama de a bea, de lichide în general.
Dishabilofobia - teama de a fi dezbrăcat în faţa cuiva.
Dismorfofobia - teama de a deveni diform, de a se transforma, de diformităţi.
Distichifobia - teama de accidente.
Domatofobia - teama de casă sau de a se afla în altă casă; sin: *dikofobia.*
Dorafobia - teama de blana, părul sau pielea animalelor.
Dromofobia - teama de a traversa străzile.
Dutcifobia - teama de Olandez(i).

Echinofobia - teama de cai.
Eclesiofobia - teama de biserică.
Ecofobia - teama de casa proprie şi de împrejurimi.
Eicofobia - teama de împrejurimile casei; sin: *oikiofobia*.
Eisoptrofobia - teama de oglinzi sau de a se vedea în oglindă.
Electrofobia - teama de electricitate, de curentul electric.
Eleuterofobia - teama de libertate.
Elurofobia - teama de pisici; sin: *ailurofobia*.
Emetofobia - teama de a voma (în special în public).
Endrofobia - teama de a se îmbrăca.
Enetofobia - teama de ace cu gămălie.
Enoclofobia - teama de mulţimi.
Enosiofobia - teama de a fi comis un păcat de neiertat; sin: *enisofobia*.
Entomofobia - teama de insecte.
Eosofobia - teama de zori sau de lumina zilei.
Epidemiofobia - teama de boli epidemice, de epidemii.
Epidrofobia - teama de a transpira.
Epistaxiofobia - teama de epistaxis.
Eremofobia - teama de a sta singur sau de singurătate, de locuri pustii, izolate, singuratice.
Eritrofobia - teama de culoarea roşie, de lumină roşie etc.; sin: *eritofobia*.
Ereutrofobia - teama de a se înroşi în public.
Ergasiofobia - 1) teama de muncă, teama de a întreprinde ceva;
2) teama chirurgilor de a opera;
3) teama de a suferi o intervenţie chirurgicală.
Ergofobia - teama de muncă.
Ermofobia - teama de a fi singur.
Erotofobia - teama de dragoste sexuală, de amorul sexual.
Eufobia - teama de a auzi veşti bune.
Eurotofobia - teama de organele genitale feminine.
Exantropia - frica de oameni; sin: *antropofobia*.

Fagofobia - teama de a mânca, de a înghite, de a se înneca cu alimente.
Falocrofobia - teama de a deveni chel.
Falofobia - teama de penis.
Farmacofobia - teama de a lua medicamente.
Fasmofobia - teama de fantome.
Febriofobia - teama de febră.

Felinofobia - teama de pisici; sin: *ailurofobia, elurofobia, galeofobia, gatofobia.*
Fengofobia - teama de lumina zilei sau a soarelui.
Feogofobia - sin: *fengofobia, fotofobia.*
Fibriofobia - teama de febră; sin: *febriofobia, pirexeofobia.*
Filemafobia - teama de sărut; sin: *filematofobie.*
Filofobia - teama de a se îndrăgosti.
Filosofobia - teama de filozofie.
Fobodipsie - teama de sete.
Fobofobia - teama de fobii, teama de teamă, de anxietate.
Fotoaugliafobia - teama de lumini orbitoare.
Fotofobia - teama de lumină.
Fonofobia - teama de zgomote sau voci sau de vocea cuiva; de telefoane.
Frigofobia - teama de frig, de lucruri reci.
Fronemofobia - teama de a gândi; sin: *fronofobia.*
Ftiriofobia - teama de păduche; sin: *pediculofobia.*
Ftisiofobia - teama de tuberculoză; sin: *tuberculozofobie.*

Galeofobia - teama de pisici; sin: *ailurofobia, galefobia, gatofobia.*
Gamofobia - teama de căsătorie (*misogamie*).
Gatofobia - frica de pisici; sin: *galefobia, galeofobia, ailurofobia.*
Gefirofobia - teama de a traversa poduri, de a se plimba pe malul apei.
Geliofobia - teama de râsete.
Geniofobia - teama de bărbie.
Genofobia - teama de sex, de activitatea sexuală.
Genufobia - teama de genunchi.
Geofobia - teama de pământ.
Geriofobia - teama de a îmbătrâni; sin: *gerascofobia, gerontofobia.*
Gerascofobia - teama de îmbătrâni.
Gerontofobia - teama de bătrâni sau de a îmbătrâni.
Geumafobia - teama de a gusta; sin: *geumofobia.*
Gimnofobia - teama de corpul gol.
Ginecofobia - teama de femei; sin: *ginefobia, ginofobia.*
Glosofobia - 1) teama de a vorbi în public sau de a încerca a vorbi; 2) teama de boli ale limbii.
Gnosiofobia - teama de cunoaştere.
Gonococofobia - teama de blenoragie.
Grafofobia - teama de a scrie, de scris.
Gimnofobia - teama de nuditate (de a vedea oameni goi).

Ginefobia - teama de femei, de societatea femeilor; sin: *ginofobia.*

Hadefobia - teama de infern.
Hafefobia - teama de a fi atins; sin: *afefobia, haptefobia, hapefobia.*
Hagiofobia - teama de sfinţi sau de lucrurile sfinte.
Hamartofobia - teama de a păcătui; sin: *pecatofobia.*
Haptefobia - teama de a fi atins; sin: *afefobia, hafefobia.*
Harpaxofobia - teama de a fi jefuit.
Hedonofobia - teama de a simţi plăcere.
Heliofobia - teama de soare, de lumina soarelui.
Helenologofobia - teama de termenii greceşti sau de un complex terminologic ştiinţific.
Helmintfobia - teama de a fi infestat cu viermi; sin: *helmintofobia.*
Hemofobia - teama de sânge; sin: *hemafobia, hematofobia.*
Hepialofobia - teama de fluturii de noapte.
Heresifobia - teama de provocări la doctrina oficială sau de modificări radicale; sin: *hereiofobia.*
Herpetofobia - teama de reptile.
Heterofobia - teama de sexul opus; sin: *sexofobia.*
Hidrargiofobia - teama de medicamente mercuriale.
Hidofobia - teama de cioburi care ar intra în corp.
Hidrofobia - teama de apă; sin: *acvafobia.*
Hidrofofobia - teama de a nu avea hidrofobie.
Hidropobofobia - teama de turbare.
Hierofobia - teama de preoţi, de lucruri sacre, odăjdii.
Hielofobia - teama de sticlă; sin: *hialofobia, cristalofobia.*
Higrofobia - teama de lichide, umiditate sau umezire.
Hilefobia - teama de materialism, teama de epilepsie.
Hilofobia - teama de păduri.
Hipengiofobia - teama de responsabilitate; sin: *hipengiafobia.*
Hipertricofobia - teama de dezvoltare exagerată a părului pe corp.
Hipnofobia - teama de dormi sau de a fi hipnotizat.
Hipofobia - teama de cai.
Hipografofobia - teama de a semna.
Hipsofobia - teama de înălţime; sin: *hipsifobia.*
Hodofobia - teama de şosele.
Holerofobia - teama de holeră.
Homiclofobia - teama de ceaţă.
Homilofobia - teama de predici, de a comunica cu oamenii, de jurăminţi.
Hominofobia - teama de oameni.

Homofobia - teama de asemănare, monotonie sau de homosexualitate sau de a deveni homosexual.
Hoplofobia - teama de arme de foc.
Hormefobia - teama de lovituri, de ciocniri, de izbituri.

Iatrofobia - teama de a merge la doctor.
Ictifobia - teama de peşte; sin: *ihtiofobia*.
Ideofobia - teama de idei.
Ilingofobia - teama de vertij sau de a ameţi când priveşte în jos.
Iofobia - teama de otravă.
Isolofobia - teama de solitudine, de a fi singur.
Isopterofobia - teama de termite.
Isterofobia - teama de isterie.
Itifalofobia - teama de a vedea, de a gândi sau de a avea un penis erect.

Kainolofobia - teama de noutate.
Kainofobia - teama de orice este nou; v. *cainofobia*.
Karorafiofobia - teama de eşec sau de înfrângere; sin: *cocacorafobia*.
Katagelofobia - teama de ridicol; sin: *catagelofobia*.
Katisofobia - teama de a sta jos; v. *catisiofobia*.
Kenofobia - teama de gol sau de spaţii goale; v. *cenofobia*.
Keraunofobia - teama de tunet sau fulger; sin: *ceraunofobia*.
Kinetofobia - teama de mişcare; v. *chinofobia, chinesofobia*.
Kinofobia - v. *chinofobia*.
Kleptofobia - teama de a fura; v. *cleptofobia*.
Koinonifobia - teama de încăperi.
Kolpofobia - teama de organele genitale, în special feminine.
Kopofobia - teama de oboseală.
Koniofobia - teama de praf; sin: *amathofobia*.
Kifofobia - teama de a se înclina.
Kimofobia - teama de valuri.
Kinofobia - teama de turbare.

Lacanofobia - teama de legume.
Laliofobia - teama de a vorbi, de a nu se bâlbâi; sin: *lalofobia*.
Leprofobia - teama de lepros, de lepră; sin: *leprafobia*.
Leucofobia - teama de culoarea albă.
Levofobia - teama de lucrurile situate în partea stângă a corpului.
Ligirofobia - teama de zgomote puternice.
Ligofobia - teama de întuneric.

Lilapsofobia - teama de tornade sau uragane.
Limnofobia - teama de lacuri.
Linonofobia - teama de sfoară.
Lipofobia - teama la femei de a se îngrăşa, privându-se astfel de hrană.
Lisofobia - teama de a nu turba, de a nu înebuni.
Litiçafobia - teama de procese.
Lochiofobia - teama de nou-născut.
Logizomecanofobia - teama de computere.
Logofobia - teama de cuvinte, de a nu pronunţa un cuvânt greşit.
Luifobia - teama de lues; sin: *sifilofobia.*
Lutrafobia - teama de vidre.

Macrofobia - teama de aşteptările lungi.
Mageirocofobia - teama de a găti.
Maieusiofobia - teama de nou-născut, teama de naştere.
Malaxofobia - teama de jocul gragostei; sin: *sarmasofobia.*
Maniacofobia - teama de a se îmbolnăvi de manie.
Maniafobia - teama de nebunie.
Maniomofobia - teama de a înebuni.
Mastigofobia - teama de a fi pedepsit, biciuit.
Mecanofobia - teama de aparate, de maşinării.
Medomalacufobia - teama de a pierde o erecţie.
Medortofobia - teama de un penis erect.
Megalofobia - teama de lucruri întinse, de lucruri mari.
Melisofobia - teama de albine.
Melofobia - teama de ură pentru muzică.
Meningitofobia - teama de boli cerebrale (meningită).
Menofobia - teama de menstruaţie.
Merintofobia - teama de a fi legat.
Metalofobia - teama de metale şi de obiecte metalice.
Metatesiofobia - teama de schimbări.
Meteorofobia - teama de meteoriţi.
Metilfobia - teama de alcool; sin: *etilfobia.*
Metrofobia - teama de a urâ poezia.
Microbiofobia - teama de microbi; sin: *bacilofobia, microbofobia.*
Microfobia - teama de lucruri mici.
Microfonofobia - teama de zgomote mici.
Mictofobia - teama de întuneric.
Mirmecofobia - teama de furnici.

Misofobia - teama de germeni, de contaminare, de murdărie; sin: *malismofobia.*
Mitofobia - teama de mituri, de legende, de povestiri false; teama de minciuni.
Mixofobia - teama de nămol (blenofobia).
Mnemofobia - teama de amintiri.
Molismofobia - teama de murdărie sau contaminare; sin: *misofobia, molisomofobia.*
Monofobia - teama de a fi singur, de a fi lăsat singur.
Monopatofobia - teama de o boală precisă.
Morfofobia - teama de anomaliile corpului.
Motorfobia - teama de automobile.
Motefobia - teama de molii.
Musofobia - teama de şoarece; sin: *murofobia.*

Nebulafobia - teama de ceaţă; sin: *homiclofobia.*
Necrofobia - teama de lucruri moarte, de cadavre, de morţi, de cimitire.
Negrofobia - teama de Negri.
Nelofobia - teama de sticlă.
Neofarmafobia - teama de droguri noi.
Neofobia - teama de orice este nou, de inedit, de nefamiliar; sin: *cainatofobia, kaintofobia.*
Nefofobia - teama de nori.
Nictofobia - teama de întuneric sau de noapte şi de liniştea ei, de umbră.
Noctifobia - teama de noapte; sin: *nictofobia.*
Nomatofobia - teama de nume.
Nosemafobia - sin: *nosofobia.*
Nosocomefobia - teama de spitale.
Nosofobia - teama de a se îmbolnăvi, de boli în general sau de una în special; sin: *patofobia.*
Nostofobia - teama de a se întoarce acasă.
Novercafobia - teama de soacră.
Nucleomitufobia - teama de arme nucleare.
Nudofobia - teama de nuditate.
Numerofobia - teama de numere.

Obesofobia - teama de a se îngrăşa; sin: *lipofobia, pocrescofobia.*
Oclofobia - teama de mulţimi.
Ocofobia - teama de vehicule.

Odontofobia - teama la vederea unui dinte de animal.
Odinofobia - teama de durerea fizică; sin: *algofobia, odinefobia.*
Odontofobia - teama de boală de dinţi.
Oenofobia - teama de vinuri.
Ofidiofobia - teama de şerpi.
Oftalmofobia - teama de a privi fix.
Oikofobia - teama de împrejurimile casei, de casa proprie, de reîntoarcerea acasă.
Olfactofobia - teama de mirosuri urâte, pestilenţiale.
Ombrofobia - teama de ploaie sau de a fi plouat.
Ometafobia - teama de ochi; sin: *omatofobia.*
Oncofobia - teama de cancer; sin: *cancerofobia.*
Oneirofobia - teama de visuri.
Oneirogmofobia - frică de vise.
Onomatiofobia - teama de a auzi cuvinte, sunete.
Onomatofobia - teama de a auzi un anumit cuvânt sau nume.
Optofobia - teama de a deschide ochii cuiva.
Ornitofobia - teama de păsări.
Orofobia - teama de munţi.
Ortofobia - teama de avere.
Osmofobia - teama de mirosuri; sin: *osferesiofobia.*
Ostraconofobia - teama de crustacee.
Oxifobia - teama (dezgustul) de substanţe acre, acide.

Paediofobia - teama de păpuşi, de copii; sin: *pedofobia.*
Pagofobia - teama de gheaţă sau ger.
Pantafobia - absenţa oricărei spaime.
Pantofobia - teama de a suferi o boală, teamă de toate.
Panofobia - teama de orice; sin: *pantofobia.*
Papafobia - teama de Papă.
Papirofobia - teama de hârtie.
Paralipofobia - teama de neîndeplinirea datoriei sau responsabilităţii.
Parafobia - teama de perversiune sexuală; teama de o uşoară fobie.
Parasitofobia - teama de paraziţi; teama de imaginea infestării cu paraziţi.
Paraskavedekatriafobia - teama de ziua de vineri - 13.
Partenofobia - teama de virgine sau de fete tinere.
Patofobia - teama de boală; sin: *patafobia.*
Patroiofobia - teama de ereditate.
Pecatofobia - teama de a păcătui (crimă imaginară).
Pediculofobia - teama de păduche; sin: *pediculofobia.*

Pediofobia - teama de păpuşi.
Pedofobia - teama de copii.
Pignofobia - teama de starea febrilă; sin: *pirexifobia.*
Peladofobia - teama de oameni cheli.
Pelagrofobia - teama de pelagră.
Peniafobia - teama de avere, de a sărăci.
Penterafobia - teama de soacră; sin: *novercafobia.*
Pirexiofobia - teama de febră.
Pirofobia - teama de foc.
Placofobia - teama de pietre funerare.
Plutofobia - teama de bogăţie.
Pluviofobia - teama de ploaie sau de a fi udat.
Pneumatifobia - teama de spirite; sin: *pneumatofobia.*
Pnigerofobia - sin: *pnigofobia.*
Pnigofobia - teama de şoc sau de a fi sufocat; sin: *anginofobia.*
Pocrescofobia - teama de a se îngrăşa; sin: *obesofobia.*
Pogonofobia - teama de urşi.
Polifobia - teama de mai multe lucruri, obiecte, situaţii.
Politicofobia - teama de antipatia abnormă a politicienilor.
Poinefobia - teama de pedeapsă.
Ponofobia - teama de extenuare, de surmenaj, de durere, de muncă, de stare morbidă.
Potamfobia - teama de râuri, de curenţi de apă.
Potofobia - teama de alcool.
Proctofobia - teama de a fi atins de o boală rectală.
Prosofobia - teama de progres.
Prosopopofobia - teama de propria faţă.
Protidofobia - teama de alimente conţinând proteine.
Pselismofobia - teama de a se bâlbâi.
Pselismofobia - teama de foarfeci, de manevrarea foarfecilor, de a se tăia cu aceştia.
Psicrofobia - teama de frig.
Psihofobia - teama de conştiinţă, gânduri, de idei.
Psihopatofobia - sin: *manifobia.*
Pteromeranofobia - teama de a zbura.
Pteronofobia - teama de a nu fi gâdilat cu pana; teama de pene.

Rabdofobia - teama de a fi pedepsit sau bătut cu o vergea, sau de a fi criticat în mod sever. De asemenea, teama de magie (baghetă).
Rabiofobia - teama de turbare.

Radiofobia - teama de radiaţii, de raze X.
Ranidafobia - teama de broaşte.
Rectofobia - teama de rect sau boli rectale; sin: *proctofobia.*
Ripofobia - teama de gunoaie; sin: *rupofobia.*
Ritifobia - teama de a căpăta zbârcituri.
Rupofobia - teama de murdărie.

Sarcazofobia - teama de a auzi dinţi scrâşnind.
Sarcofobia - teama de regimul de carne.
Scabiofobia - teama de râie.
Sarmasofobia - teama de jocul dragostei; sin: *malaxofobia.*
Satanofobia - teama de Satan; sin: *demonofobia.*
Scaptofobia - teama de a se rade sau de a fi ras.
Scatofobia - teama de materiile fecale.
Scelerofobia - teama de oamenii răi, de spărgători.
Sciofobia - teama de umbre; sin: *sciafobia.*
Scolecifobia - teama de viermi.
Scolionofobia - teama de şcoală.
Scopofobia - teama de a fi văzut sau de a privi fix; sin: *scoptofobia.*
Scotomafobia - teama de a orbi; sin: *scatomofobia.*
Scotofobia - teama de întuneric, de umbre, de tenebre; sin: *acluofobie.*
Scriptofobia - teama de a scrie în public.
Selafobia - teama de flash-uri, de scântei, de fulger.
Selenofobia - teama de lună.
Seplofobia - teama de materii putrezite.
Sexofobia - teama de sexul opus; sin: *heterofobia.*
Sfeksofobia - teama de viespi.
Sibofobia - teama de alimente; sin: *sitiofobia.*
Siderodromofobia - teama de trenuri, căi ferate sau de călătoria cu trenul.
Siderofobia - teama de stele.
Sifilifobia - teama de sifilis sau de a fi infectat.
Simbolofobia - teama de a nu comite un act cu semnificaţie simbolică oarecare; teama de simbolism.
Simetrofobia - teama de simetrie.
Singenezofobia - teama de rude.
Sinistrofobia - teama de lucrurile aflate în partea stângă.
Sinofobia - teama de Chinezi, de cultura chineză.
Sitofobia - teama de hrană sau de a mânca; sin: *cibofobia, sitiofobia.*
Skiofobia - teama de umbre.

Socerafobia - teama de socri.
Social Fobia - teama de a fi evaluat negativ în situaţii sociale.
Sociofobia - 1) teama de societate sau de oameni în general; 2) teama de izolare.
Somnifobia - teama de a dormi.
Sofofobia - teama de a învăţa.
Spaţiofobia - teama de spaţiul exterior.
Spectrofobia - teama de spectre sau fantome.
Spermatofobia - teama de germeni, de a fi atins de spermatoree; sin: *spermofobia.*
Stasibasifobia - teama de a sta în picioare sau de a merge; sin: *ambulofobia, stazifobia.*
Stazobazofobia - sin: *stasibazifobia.*
Staurofobia - teama de cruci sau crucufixuri.
Stenofobia - teama de obiecte sau spaţii înguste.
Stigiofobia - teama de iad, de infern; sin: *stigiofobia.*
Surifobia - teama de şoarece.

Şamainofobia - teama de Halloween.

Taasofobia - teama de a se aşeza, de a sta jos.
Tabofobia - teama de tabes.
Tacofobia - teama de viteză (maşină, tren, avion).
Tafefobia - teama de a fi îngropat de viu, teama de cimitire; sin: *tafofobia.*
Talazofobia - teama de mare, de valurile mării.
Tanatofobia - teama de moarte, teama de morţi.
Tapinofobia - teama de a fi contagios.
Taurofobia - teama de tauri.
Teatrofobia - teama de teatre.
Tehnofobia - teama de tehnologie.
Telefonofobia - teama de telefoane.
Teleofobia - 1) teama de planuri clare; 2) ceremonie religioasă.
Teniofobia - teama de râme, de tenia intestinalis.
Teofobia - teama de mânia lui Dumnezeu; teama de zei sau religie.
Teologicofobia - teama de teologie.
Teratofobia - teama de a arăta ca un copil handicapat sau teama de a vedea monştri sau persoane diforme; teama de a da naştere unui monstru.
Termofobia - teama de căldură.
Testofobia - teama de a fi testat.

Tetanofobia - teama de tetanos.
Teutofobia - teama de Nemţi sau obiecte nemţeşti; sin: *teutonofobia.*
Textofobia - teama de anumite ţesături.
Tiranofobia - teama de tirani.
Tocofobia - teama de a fi însărcinată, de a naşte, de a asista la naştere.
Tomofobia - teama de intervenţii chirurgicale.
Tonitrofobia - teama de tunet; sin: *tonitruofobia, brontefobia, brontofobia.*
Tonsurofobia - teama de pieptănare, de tăiere a părului.
Topofobia - teama de anumite locuri.
Toxifobia - teama de otravă; sin: *toxofobia, toxicofobia.*
Traumatofobia - teama de răni, de prejudiciu, de stres.
Tredecafobia - teama de cifra 13; sin: *triscaidecafobia.*
Tremofobia - teama de a tremura.
Trichinofobia - teama de trichinoză.
Tricopatofobia - teama de a atinge părul, de bolile părului, de excesul creşterii părului; sin: *chetofobia, tricofobia.*
Tripanofobia - teama de injecţii.
Triskadekafobia - teama de numărul 13; sin: *triakaidekafobia.*
Tropofobia - teama de a mişca obiectele sau de a face schimbări.
Tuberculofobia - teama de tuberculoză; sin: *bacilofobia.*

Uranofobia - teama de rai, de cer, de plante.
Urofobia - teama de urină sau de urina.

Vaccinofobia - teama de vaccinare, de a fi vaccinat.
Venerofobia - teama de injecţii veneriene.
Venustrafobia - teama de femei frumoase.
Verbofobia - teama de cuvinte.
Verminofobia - teama de germeni.
Vestifobia - teama de îmbrăcăminte.
Vicafobia - teama de vrăjitoare (vrăjitori).
Virguitifobia - teama de viol.
Vitricofobia - teama de tatăl-vitreg.
Vomitofobia - teama de a voma.

Xantofobia - teama de culoarea galbenă sau de cuvântul "galben".
Xenofobia - teama de străini; teama de străini ca etnie folosită în scop politic.
Xerofobia - teama de uscăciune.

Xilofobia - 1) teama de obiecte din lemn; 2) teama de păduri.

Zelofobia - teama de gelozie.
Zemnifobia - teama de cârtiţe.
Zoofobia - teama de animale în general.

BIBLIOGRAFIE

1. Alder, A. - *Cunoaşterea omului*, Edit. IRA, Bucureşti, 1996.
2. Agathon M. - Thérapie comportamentale de la peur de voler chez les aviateurs de métier. *Acta Psychiatr. Belg.*, 1977, p. 105-117.
3. Agathon M., Maquet X. şi Mazet J. B. - abord comportamentale des dysfonctionnement sexuels masculins. A propos de 13 cas. *Psychol. Méd.*, 1979, nr. 4, pp. 689-693.
4. Alliez, B. - Nevroses obsésionnelle - *Sem. des Hopitaux de Paris, 29, 2039, 1974.*
5. Allilaires J.'F. - Les états limites. La symptomatologie d'allure nevrotique. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale. Psychiatrie clinique et thérapeitique*, 37395 A-10, Paris, 1983.
6. Ajuriaguerra, J de, - *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Edit. Masson, 1977.
7. Anohin, P. - *Biologie et Neurophysiologie du réflexe conditionné*, Edit. Mir, Mascou, 1975.
8. Anty, M. C. - *Psychiatrie à l'usage de l'équipe médico-psychologique*, Edit. Masson, Pris, 1977.
9. Arieti S. - A re-examination of the phobic symptom and symbolism in psycho-pathology. *American Journal Psychiatry*, 1961, pp. 106-110.
10. Baillarger - *Manomanie avec conscience*. Arch. clin. des malad. ment. et nerv. Masson, Paris, 1861, p. 140.
11. Ball, Les impulsions intellectuelles, *L'Encephale, 1881, p. 26.*
12. Balet, G. - *Pathologie mentale*. Edit. Doin, Paris, 1902.
13. Balier, C. - Troubles névrotiques de la sénescence. Les phobies. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale. Psychiatrie clinique et thérapeutique*, 37530 A-30, Paris, 1983, p. 31.
14. Becache, A., Bergeret, J. - Obsessions et psychose - *Confr. psychiat.*, 20, 203-227, 1981.
15. Belciugăţeanu, C. - Cadrul şi diagnosticul nevrozei obsesionale - *Viaţa medicală, 10, 659, 1967.*

16. Badiu Gh., Papari, A. - *Controlul nervos al funcţiilor organismului*, Edit. Fundaţiei Andrei Şaguna, Constanţa, 1995.
17. Baruk, H. - *Traité de psychiatrie*, 2 vol. Edit. Masson, Paris, 1959.
18. Baxter L. R. şi colab. - *Arch. gen. psychiatry, 1987, 44, 211-218.*
19. Brânzei, P. - *Itinerar psihiatric*, Edit. Junimea, Iaşi, 1975.
20. Brusset B. - La valeur sémiologique d'anomalie de conduite alimentaire. Symptomes névritiques. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale. Psychiatrie clinique et thérapeutique*, 37105 D-10, Paris, 1983, p. 5.
21. Comings, D. E., Comings, B. G. - Clinical and genetic relationships between autism - pervasive developmental disorders and Tourette syndrome. A study of 19 cases. *American Journal of Medical Genetics, 1991, 39, 180-191.*
22. Cumings, J. L., Cunningham, K. - Obsesive-compulsive disorders în Huntington's disease - *Biological Psychiatry*, 1992, 31, 263-270.
23. Carlson, N. R. - *Physiology of Behavior*, Edit. Ally and Bacon - Boston, 1994.
24. Chaslin, Ph. - *Elements de sémiologie clinique mentales*, Edit. Asselin et Houzeau, Paris, 1922.
25. Cottereau, M. J. - Historiques des nevroses - *La Revue de Medicine*, 13, 903, 1975.
26. Delay, J., Pichot, P. - *Abrégé de psychologie*, Edit. Masson, Paris, 1976.
27. Deshaies G. - *Psychopathologie générale*, P.U.F. - 1967.
28. Diatkine, G. - Les obsessions chez l'enfant - *Confrontations psychiatriques, 20, 57-90, 1981.*
29. Dugaş, M., Smadja, B. - *Rev. Prat., 1980, T XXX, 17, 1085-1094.*
30. Dwelshauvers, G. - *L'inconscient*, Edit. Flammarion, Paris, 1919.

31. Ellenberg H. F. şi Murphy H. B. M. - Les névroses et les états mineurs. Phobies. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale. Psychiatrie clinique et thérapeutique*, 37725 B-10, Paris, 1983, p. 4.
32. Ey, H. - *Etudes Psychiatriques*, T II, Edit. Desclée de Brouwer, Paris, p. 163-218; 433-481.
33. Ey, H., Bernard, P., Brisset, C. - *Manuel de Psychiatre*, Edit. Masson, Paris, 1978.
34. Ey, H. - *Traité des Hallucinatios, tII 860-874*, Edit. Masson, Paris.
35. Esquirol, J. E. D. - *Des Maladies, Mentales*, Paris, Edit. Baillière, 1838.
36. Folstein, S. E., Piven, J. - Autism: Genetic influences - *Pediatrics, 1991, 87, 767-773.*
37. Freud, Ana - *Le Moi et les Mécanismes de defense, Paris, P.U.F.*
38. Freud, S. - Obsession et phobies. Leur mécanisme psychique et leur étiologie - *Revue Neurologique, III, 2, 33-38, 1895.*
39. Freud, S. - Le refoulement in: *Métapsychologie, Paris, P.U.F.*
40. Garber, H. J., Ritvo, E. R. - Magnetic resonance imaging of the posterior fosa in autistic adults - *Amer. Journ. of Psychiatry, 1992, 149, 245-247.*
41. Ghiliarovski, V. A. - *Psihiatria*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1956.
42. Goldman, H. H. - *Review of general psychiatry* - Middle East Edition, Edit. Libraire du Liban; Appelton and Lange, Norwalk - Pas Atlos, 1992.
43. Green, A. - Obsessions et psychonevrose obsessionnelle - *Encycl. Méd. Chir. - Psychiatrie, 5, 1965, 37370, A^{10}-D^{10}.*
44. Guiraud, P. - *Psychiatrie clinique*, Edit. le Trancois, Paris, 1956.
45. Hardy M.-C., Hardy P. şi Kerneis O. - La sémiologie des conduites anxieuses. Anxiété et névrose. Les névroses structurées. La névrose phobique (Ou "Hysterie d'angoisse"). *Encyclopedie Medico-Chirurgicale.*

Psychiatrie clinique et thérapeutique, 37112 A-10, Paris, 1983, p. 13.

46. Hoareau J. şi Peigné F. - Hypnothérapie. Les indications proprement dites: en pathologie mentale. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale. Psychiatrie clinique et thérapeutique*, 37820 B-50, Paris, 1983, p. 9.
47. Hochmann, J. - *Cours de psychiatrie*, Lyon, 1977.
48. Hollander, E. şi colab. - Signs of central nevrous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder *Arch. of. General Psychiatry, 1990, 47, 27-32.*
49. Horney, K. - *Personalitatea nevrotică a epocii noastre*, Edit. IRI, Bucureşti, 1996.
50. Housel D. şi BastardA. - Les troubles névrotiques de l'enfant. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale. Psychiatrie clinique et thérapeutique*, 37305 A-10, Paris, 1983, p. 3.
51. Housel D., Katoine G., Henri A. - Troubles Névrotiques chez l'Enfant. *La Revue du Praticiens*, nr. 24/21 Oct. 1994.
52. Ionescu, G. - *Psihosomatica*, Edit. Şt. şi Enciclop., Bucureşti, 1975.
53. Ionescu, G. - *Psihoterapie*, Edit. Ştiinţifică, Bucureşti, 1990.
54. Janet, P. - *Les obsésions et la psychastenie*, Edit. Alcan, Paris, 1908.
55. Janet, P. - *Les nevroses*, Edit. Flammarion, Paris, 1934.
56. Jasper, K. - Psychopathologie generale, Edit. Alcan, Paris, 1928.
57. Jones, M. - Hipoglicemia in the neuroses. *Brit. Med. J., 1935, 16, 945-946.*
58. Jung, C. G. - *La théorie psychanalitique*, Edit. Montaigne, Paris, 1912.
59. Jung, C. G. - *Puterea sufletului* - 4 volume, Edit. Amima, Bucureşti, 1994.
60. Kaplan, H. I., Sadock, B. J. - *Pocket handbook of Clinical Psychiatry*, Edit. Williams and Wilkins, Baltimore, 1990.

61. Kaplan, H. I., Sadock, B. J. - *Concise textbook of clinical Psychiatry*, Edit. Williams and Wilkins, Baltimore, Egipt, 1996.
62. Kendel, R. E., Zealley, A. K. - *Companion to psychiatric studies*, Edit. Churchill Livingstone, Edinburg, 1988.
63. Kerbikov, O. şi colab. - *Psichiatrie*, Edit. Mir. Moscun, 1968.
64. Kalb, C. L. - *Modern Clinical Psychiatry*, Edit. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1968.
65. Kraepelin, E. - *Introduction à la psychiatrie clinique*, Navarin Éditeur, France, 1984.
66. Ladouceur, R., Carrier, C. - Approche comportamentale des obsessions *Confr. psychiatr*, 20, 267-297, 1981.
67. Lafon, R. şi colab. - *Vocabulaire de psychopèdagogie et de psychiatrie de l'enfant*, P.U.F., Paris, 1963.
68. Laplanche, J., Pontalis, J. B. - *Vocabulaire de la Psychanalise*, P.U.F., 1976.
69. Lăzărescu, M. - *Patologia obsesivă*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1973.
70. Lebovich, S. - Indication et contraindication de la cure psychanalitique dés névroses. La nèvrose phobique. *Encycl. Med. Chir. Psychiatrie 37360 A-10*, Paris, 1983, p. 4.
71. Lémperiere, Th., Feline, A. - *Psichiatrie de l'adulte*, Edit. Masson, Paris, 1977.
72. Leonard, H. L. şi colab. - A double - blind comparison of clopramine and desipramine treatment of severe onychophgia (nail biting). *Archives of General Psychiatry, 1992, 48, 821-827.*
73. Leonard, H. L. şi colab. - Tics and Tourette's disorder: A 2 - to 7 - year follow - up of 54 obsesiv-compulsive children - *Amer. Juorn. of Psychiatry, 1992, 149, 1244-1251.*
74. Leonard, K. - *Personalităţi accentuate în viaţă şi în literatură*. Edit. Şt. şi Enciclop., Bucureşti, 1979.

75. Lépine J. P. şi Féline J.-M. - Antidépressuese et anxiété. *La Revue du praticien*, nr. 9, 21.03.1991, p. 814-820.
76. Lépine J. P. şi Féline J.-M. - La sémiologie des conduites d'inhibition. L'inhibition. L'anxiété. La nevrose. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale. Psychiatrie clinique et thérapeutique*, 37114 A-10, Paris, 1983
77. Lesser Ira M., R. Bruce Lyiard, Edward Antal, Robert T. Rubin, James C. Ballenger and Robert Dupont - Alprazolam Plasma Concentrations and Treatement Response in Panic Disorder and Agoraphobia. *American Journal of Psychiatry*, nr. 149/11 November 1992, pp. 1556-1562.
78. Loo, P., Eloy, G., Duflat, J. P. - Les neuroses, *Ann. med. psychal*, 1957, 2, 4, 663-664.
79. Marchais, P. - *Introduction à la psychiatrie théorique*, Edit. Masson, Paris, 1971.
80. Marks, I. M., Gelder, M. G. - Different ages of onset in varieties of phobia - *Amer. J. Psychiatry*, 1966, pp. 218-221.
81. Marks, I. M., Gelder, M. G. - A controlled retrospective study of behaviar therapy in phobic patients - *Brit. J. of Psychiatry*, 1965, pp. 571-573.
82. Marks, I. M. şi colab. - *Br. J. Psychiatry, 1988, 152, 522-534.*
83. McGlynn, T. J., Metcalf, M. L. - *Diagnosis and treatement of anxiety disorders*, Edit. Amer. Psych. Press, 1984.
84. Mayer-Gross, W., Slater, E., Roth, M. - *Clinical Psychiatry*, London, 1960.
85. Mazel, J. B., Ferand, I. - Les états phobiques - *Encycl. Med. Chir.-Psychiatr.* 37360 A-10, Paris, 1983.
86. Michaux, L. - *Psychiatrie*, Edit. Flammarion, Paris, 1970.
87. Morel, M. - *Du délire emotif, névrose du systéme nerveux ganglionnaire viscèral*, Arch. Gen. de Méd., 1866, 7, 385, 530, 700.

88. Oancea, C. - Nevroza obsesivo-fobică - în V. Predescu, *Psihiatrie, Edit. Medicală, Bucureşti, 1976.*
89. Olaru, A. - *Introducere în psihiatria practică*, Edit. Scrisul Românesc, Craiova, 1990.
90. Orêve, M. J., Mazet, P. - Symptômes nèvrotiques chez l'Enfant - *Rev. du Prat.*, 5, 1, mars, 1994, p. 683.
91. Paillas, J. E. - Reflections sur la psychochirurgie dans le traitment de la névrose obsesionnelle - *Sem. des Hôpt. de Paris, 15, 944, 1971.*
92. Pamfil, Ed., Ogodescu, D. - *Nevrozele*, Edit. Facla, Timişoara, 1974.
93. Pavelcu, V. - *Metamorfozele lumii interioare*, Edit. Junimea. Iaşi, 1976.
94. Pavelcu, V. - *Cunoaşterea de sine şi cunoaşterea personalităţii* - Edit. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1982.
95. Pelycier, Y. - *Guide Psychiatrique pour le praticien* - Edit. Masson, Paris, 1978.
96. Pélicier, Y. - *Histoire de la psychiatrie* - P.U.F., Paris, 1972.
97. Pitres, A., Regis, E. - *Les obsessions et les impulsions*, Edit. Doin, Paris, 1902.
98. Popoviciu, L., Haulică, I. - *Patologia sistemului nervos vegetativ* - Edit. Medicală, Bucureşti, 1982.
99. Porot, A. - *Manuel alphabetique de psychiatrie* ... P.U.F. Paris, 1969.
100. Portnov, A. A., Fedotov, D. D. - *Psychiatry*, Mir Publisher, Moscow, 1969.
101. Postel, J. - *Dictionaire de psychiatrie et de psychopatologie clinique.* Edit. Larousse, Paris, 1993.
102. Predescu, V., Ionescu, Gh. - *Semiologia* în V. Predescu, Psihiatrie, Edit. Medicală, Bucureşti, 1976.
103. Predescu, V. - *Psihiatrie*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1976.
104. Pujol, R., Savy, A. - Clinique des obsessions - *Confr. psychiatr., 20, 35-57, 1981.*
105. Ralea, M. - *Explicarea omului*, Edit. Minerva, Bucureşti, 1996.

106. Rădulescu-Motru, C. - *Curs de psihologie*, Bucureşti, 1923.
107. Regis, E. - *Precis de psychiatrie*, Edit. Doin, Paris, 1923.
108. Ribot, Th. - *Logica sentimentelor*, Edit Şt. şi Enciclop., Bucureşti, 1988.
109. Ribot, Th. - *Patologia Personalităţii*, Edit. Ştiinţifică, Bucureşti, 1996.
110. Russell, C. F. M., Hersov, L. A. - *The neuroses and personality disorders* in: *Handbook of psychiatry, 4.* Cambridge University Press, Cambridge, 1983.
111. Schapira, B. P., Kern, E. A., Roth, M. - Phobias and affective illness, *Brit. J. Psychiatry,* 1970, 117, p. 536.
112. Scharfatter, Chr. - *General psychopathology* - Cambridge University Press, London, 1980.
113. Schneider, K. - *Psychopatologie clinique*, Edit. Nauwelaerts -Paris, 1957.
114. Secenov, I. M., Pavlov, I. P., Vvedenski N. E. - *Fiziologia sistemului nervos*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1956, vol. I, II, III, IV.
115. Sèglas, J. - *Leçons cliniques*, Edit, Asselin et Houzeau, Paris, 1895.
116. Sîrbu, Aurelia - *Psihiatrie clinică*, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1979.
117. Slater, P. - Scores of different types of neurotic on tests of intelligence. *British Journal of Psychology*, 1945, 3, 40-42.
118. Snejnevski, A. V. (sub red) - *Ruscovodstvo po psihiatrii*, 2 vol., Edit. Mediţina, Moscow, 1983.
119. Swedo, S. şi colab. - High prevalence of obsessive compulsive symptoms in patients with Sydenham's coreea. *American Journal of Psychiatry*, 1989, 146, 246-249.
120. Swedo, S. E. şi colab. - Cerebral glucose metabolism in childhood - onset obsessive - compulsive disorder. *Achives of General Psychiatry*, 1989, 46, 518-523.

121. Şelaru, M. - *Halucinaţiile*, Edit. Glasul Bucovinei, 435 p., Iaşi, 1993.
122. Şelaru, M. - *Idei delirante şi deliruri*, Edit. Glasul Bucovinei, 325 p., Iaşi, 1993.
123. Şelaru, M. - *Isteria sau Nevroza de conversiune şi nevroza disociativă*, Edit. Glasul Bucovinei, 375 p., Iaşi, 1993.
124. Şelaru, M. - *Drama discordanţei psihice*, Edit. Moldova, 262 p., Iaşi, 1993.
125. Şelaru, M. - *Crizele epileptice*, Edit. Dosoftei, 422 p., Iaşi, 1994.
126. Şelaru, M. - *Hipnoza vol.I - Istoric, concepţii*, 251 p., Edit. Moldova, Iaşi, 1996.
127. Şelaru, M. - *Hipnoza vol.II - Metode şi tehnici*, 348 p., Edit. Moldova, Iaşi, 1996.
128. Şelaru, M. - *Polivalenţa condiţiei umane - Temperamentele*, 258 p., Edit. Dosoftei, Iaşi, 1996.
129. Şelaru, M., Donciu, Dorina, Boişteanu, P. - *Studii de Psihiatrie, Schizofrenia*, vol.I, 160 p., Edit. Dosoftei, Iaşi, 1996.
130. Şelaru, M., Boişteanu, P., Donciu, Dorina - *Studii de Psihiatrie, Schizofrenia*, vol.II, 228 p., Edit. Dosoftei, Iaşi, 1996.
131. Şelaru, M., Donciu, Dorina - Personalităţi patologice, vol.I, 280 p., Edit. Dosoftei, Iaşi, 1997.
132. Şelaru, M., Donciu, Dorina - *Personalităţi patologice, vol.II*, 208 p., Edit. Dosoftei, Iaşi, 1997.
133. Şelaru, M., Burlui V. - *Psihopatologie şi literatură - Paradoxurile normalităţii psihice (I)* - 80 p., Edit. Apollonia, 1997.
134. Şelaru, M. - Nevroza fobică (sub tipar), Edit. Dosoftei, Iaşi, 1997.
135. Tellenbach, H. - *Melancolie*, P.U.F., 1979.
136. Trethowan, W. S., Sims, A. C. P. - *Psychiatry*, Edit. Baillière Tindal, London, 1983.
137. Tuker, W. - Diagnosis and treatment of the phobic reactions. *Amer. J. Psychyatry*, 1956, 112, p. 825.
138. Vianu, I. - *Introducere în psihoterapie*, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1975.

139. Vila, S., Mouren-Simeone, M. C. - Sympômes nevrotiques chez l'Enfant - *Rev. Prat*, nr. 24, 15, 11, 1991.
140. Wallon, H. - *Les origines du caractere chez l'enfant*, P.U.F., Paris, 1970.
141. Westphal, C. - Zwangsvorstellungen - *Arch. Psychiat. Nervenk, 1878, 8, 734.*
142. Woodruff, F., Pitts, F. - Monozygotic twins with obsessional illness *American Journal of Psychiatry*, 1963, 5, 255-263.
143. xxx - *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)* - Edit. Asoc. Psihiatr. Liberi România, Bucureşti, 1993.
144. xxx - I. C. D.- 10 - OMS, Geneva.

CUPRINS

pag.
1. Note despre conceptul de nevroză fobică 6
2. Etiopatogenia fobiilor 15
3. Aspecte clinice ale fobiilor 22
4. Clasificarea clinică a fobiilor 38
5. Caracterele clinice ale fobiilor 51
6. Nevroza fobică 54
7. Agorafobia 60
8. C. Westpal despre agorafobie 61
9. Date clinice despre agorafobie 69
10. DSM-III-R despre agorafobie 77
11. Fobiile simple sau fobiile specifice 84
12. Claustrofobia 86
13. Clitrofobia 88
14. Fobia de mijloacele de transport 89
15. Fobia de impulsiune 91
16. Fobia de defenestrare 92
17. Acrofobia 93
18. Fobia de obiecte tăioase 93
19. Fobiile de acţiune 95
20. Ergasiofobia 97
21. Laliofobia 98
22. Bazofobia 99
23. Catisofobia 100
24. Cataptrofobia 101
25. Fasmofobia 102
26. Automisofobia 102
27. Fobiile sexuale 103
28. Algofobia 105
29. Cheimofobia 106
30. Batofobia 108
31. Fobia de animale (zoofobia) 108
32. Fobia de întuneric 112
33. Fobia de şcoală 113
34. Domatofobia 114
35. Algamatofobia 116
36. Criofobia 116

37. Particularităţi clinice ale fobiilor copilului 118
38. Fobia de boală 119
39. Cancerofobia 122
40. Tanatofobia 123
41. Fobia de microbi 124
42. Fobia atingerii (contact) 126
43. Fobiile de elementele, fenomenele şi evenimentele naturale .. 126
44. Pantofobia 131
45. Fobia socială 131
46. Ereutofobia 134
47. Foeme clinice ale fobiilor 138
48. Personalitatea fobică 141
49. Anexa I: Tulburarea anxioasă fobică (ICD-10) 148
50. Anexa II: Tipuri de fobii 153
51. Bibliografie 171
52. Cuprins 181

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2820
Biblioteca Personală

TIPARUL : S.C. „DOSOFTEI" S.A. – IAȘI

De același autor :

1. Șelaru, M. — *Comportamentul sexual aberant*, 366 p., Edit. Moldova, Iași, 1993.
2. Șelaru, M. — *Halucinațiile*, 435 p., Edit. Glasul Bucovinei, 1993.
3. Șelaru, M. — *Idei delirante și deliruri*, 325 p., Edit. Glasul Bucovinei, 1993.
4. Șelaru, M. — *Isteria sau Nevroza de conversiune și nevroza disociativă*, 375 p., Edit. Glasul Bucovinei, 1993.
5. Șelaru, M. — *Drama discordanței psihice*, 262 p., Edit. Moldova, Iași, 1993.
6. Șelaru, M. — *Crizele epileptice*, 422 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1994.
7. Șelaru, M. — *Hipnoza, vol. I, 251 p., Istoric, concepții*, Edit. Moldova, Iași, 1996.
8. Șelaru, M. — *Hipnoza, vol. II, 348 p., Metode și tehnici*, Edit. Moldova, Iași, 1996.
9. Șelaru, M. — *Polivalența condiției umane — Temperamentele*, 258 p., Edit. Dosoftei, 1996.
10. Șelaru, M. Donciu Dorina, Boișteanu P. — *Studii de Psihiatrie, Schizofrenia, vol. I*, 160 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1996.
11. Șelaru, M., Boișteanu P., Donciu Dorina — *Studii de Psihiatrie, Schizofrenia, vol. II*, 228 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1996.
12. Șelaru, M., Donciu Dorina — *Personalități patologice* — vol. I, 280 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1997.
13. Șelaru, M., Donciu Dorina — *Personalități patologice* — vol. II, 208 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1997.
14. Șelaru, M., Burlui V. — *Psihopatologie și literatură — Paradoxurile normalității psihice (I)* — 80 p., Edit. Apollonia, Iași, 1997.
15. Șelaru, M. — *Nevroza fobică (sub tipar)*, Edit. Dosoftei, 1997.

Sub redacția :

16. Șelaru, M., Brânzei, P. — *Asistența bio-psiho-socială a copiilor și adolescenților cu tulburări neuropsihice*, 620 p., Iași, 1982.
17. Brânzei, P., Șelaru, M. — *Asistența medio-psiho-pedagogică a copilului și adolescentului*, 600 p., Iași.
18. Șelaru, M., Boișteanu, P., Chiriță, V. — *In memoriam P. Brânzei*, 272 p., Edit. Psihomnia, Iași, 1996.